

# **Teoriegebaseerde progamevaluering in die ontwikkeling en evaluering van 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram vir die werksplek**

deur

**Wilhelmina Carolina Steenkamp**



Proefskrif ingelewer vir die Graad  
Doktor in die Wysbegeerte  
aan die Universiteit van Stellenbosch

Departement Sosiologie en Sosiale Antropologie

Fakulteit Lettere en Wysbegeerte

Promotor: Prof. Johann Mouton

Desember 2008

## **Verklaring**

Deur hierdie proefskrif elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die outeursregeienaar daarvan is en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

18 November 2008.

## OPSOMMING

Die doel van die studie was om 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram vir die werksplek te ontwikkel waarvan die programteorie duidelik uitgespel is. 'n Verdere doelstelling was om te illustreer dat programteorie 'n belangrike rol kan speel in die verbetering van sosiale programme deur die insluiting van programteorie in die ontwikkeling, implementering en evaluering van programme.

In die eerste fase van die studie is die programteorie ontwikkel. 'n Literatuurstudie oor die voorkoming van alkoholmisbruik en oor programevaluering is gedoen. Dit is opgevolg deur 'n opname in die werksplek oor die gebruik van alkohol, redes vir alkoholmisbruik, faktore in die werksplek wat bydra tot alkoholgebruik en houdings teenoor die matige gebruik van alkohol. Die opname is aangevul deur fokusgroepbesprekings. Agthonderd-en-vyftien respondente het die vraelys voltooi. Die belangrikste bevindinge was dat 46% van respondente aangedui het dat hulle alkohol gebruik, nege persent kon as afhanklik geklassifiseer word volgens die Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971) en 24% van mans en 15% van vroue kon as probleemdrinkers beskryf word. Die belangrikste faktore wat bygedra het tot alkoholgebruik was sosiale probleme, sosiale alkoholgebruik en afhanklikheid. Faktore in die werksplek wat bygedra het tot alkoholmisbruik was die gebrek aan kontrole in die werksplek, die beskikbaarheid van alkohol, sosiale druk om alkohol te gebruik en die kwaliteit van werk. Die programteorie is geformuleer op grond van die resultate van die literatuurstudie, die opname en die fokusgroepbesprekings. Die oorkoepelende programteorie was dat lewensvaardighedeopleiding sal lei tot 'n vermindering in frustrasie en gevolglik die vermindering in die misbruik van alkohol binne 'n gunstige werksomgewing.

In die volgende fase is die program geïmplementeer en geëvalueer. Die program het bestaan uit lewensvaardighede opleiding, toesighoueropleiding, en die hersiening van die alkoholbeleid van die werksplek. Kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes is gebruik om die programteorie te toets en die program te evalueer. Die eksperimentele groepe het 'n verbetering getoon in psigososiale funksionering, maar die verskil was nie statisties beduidend nie. Die intervensie het nie 'n beduidende effek op alkoholgebruik gehad nie. Respondente se kennis van matige alkoholgebruik het beduidend toegeneem, maar houdings teenoor matige gebruik het nie verander nie. Toesighouers se kennis van die hantering van probleemwerkers het beduidend verbeter en hulle het ook meer gemaklik gevoel in die hantering van werknemers na die opleiding. Die substansmisbruikbeleid van die werksplek is suksesvol hersien.

Die studie lewer 'n belangrike metodologiese bydrae tot die verbetering van alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme in die werksplek en illustreer die belangrikheid van programteorie in die ontwikkeling en evaluering van sosiale programme. Die studie toon ook hoedat 'n proses van formatiewe evaluering gebruik kan word om programme te verbeter. Meer spesifiek is die waarde aangetoon van 'n sistematiese proses van programontwikkeling en –evaluering wat behels het dat 'n in-diepte probleemanalise onderneem is, 'n intensiewe en kollaboratiewe proses van programteorie-ontwikkeling uitgevoer is en 'n rigoristiese evalueringontwerp (met kwantitatiewe en kwalitatiewe komponente) toegepas is op die teikengroep.

## **SUMMARY**

The aim of the study was to design an alcohol abuse prevention program for the workplace that was based on a sound program theory. Ultimately the study aimed to indicate an approach to the improvement of social service programs by the incorporation of program theory in the design, implementation and evaluation of social service programs.

In the first phase of the study the program theory was developed. Literature studies on the prevention of alcohol abuse and on program evaluation were done. This was followed by a survey in the workplace to determine alcohol consumption and abuse, factors contributing to alcohol consumption, workplace factors contributing to abuse and attitudes towards the responsible consumption of alcohol. The survey was complemented by focus group discussions. Eight hundred and fifteen respondents completed the survey. The most important findings were that 46% of respondents indicated that they drink alcohol, nine percent could be classified as alcohol dependent according to the Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971) and 24% of men and 15 % of women drank at risky levels. The most important factors contributing to alcohol consumption were social problems, social drinking and dependence. Workplace factors contributing to alcohol consumption were the lack of control, availability of alcohol, social pressure to drink and the quality of work. The program theory was formulated from the results of the literature study, the survey and the focus group discussions. The all-inclusive program theory was that life skills training will lead to a reduction in frustration and therefore a reduction in the abuse of alcohol, within a positive work environment.

In the following phase the program was implemented and evaluated. The program consisted of life skills training, supervisor training and the revision of the alcohol policy. Quantitative and qualitative methods were used to test the program theory and evaluate the program. The life skills program was tested by means of an experimental design. The experimental groups showed an improvement in psychosocial functioning, but the differences were not statistically significant. The intervention had no significant effect on the consumption of alcohol. Respondents' knowledge about the moderate drinking of alcohol improved significantly, but attitudes towards moderate drinking were not affected. Supervisor training was done to improve relationships at work and to lower frustration. Supervisors improved their knowledge of managing a troubled employee significantly and felt more comfortable in

managing troubled employees after the training. The substance abuse policy of the workplace was revised successfully.

The study contributes significantly to the methodological improvement of substance abuse prevention programs in the workplace and illustrates the importance of program theory in the design and evaluation of social programs. The study also illustrates how a process of formative evaluation can be used to improve social programs. More specifically the value of a systematic process of program development and program evaluation has been demonstrated, including that an in depth problem analysis has been done, an intensive and collaborative process of theory development has been undertaken and a rigorous evaluation design (with quantitative and qualitative components) has been applied.

# ERKENNING

Ek wil graag die volgende persone bedank:

My promotor, prof. Johann Mouton vir sy waardevolle leiding en vir die kennis wat ek in die loop van die studie opgedoen het, ook deur middel van die verskillende navorsingsmodules wat in die Sentrum vir Navorsing oor Wetenskap en Tegnologie aangebied word.

My man, Hannes Steenkamp, wat altyd daar was om as 'n klankbord te dien, raad te gee, logies te redeneer en te ondersteun en vir die tegniese versorging van die tesis.

My ma, Rina Erasmus, wat my op baie maniere ondersteun en gehelp het.

My kinders, Johan, Danèl, Antonie en Pieter wat welkome afleiding verskaf het!

My ander familie en vriende vir hulle liefde en belangstelling wat baie vir my beteken het.

Elbie vd Merwe vir inspirasie en aanmoediging om navorsing te doen en Hennie du Toit vir die proeflees van die tesis.

My kollegas, in besonder Wilieta van Zyl, Anita Olivari, Ellen Jephta en Marietjie Swart wat behulpsaam was met die aanbieding van die lewensvaardighede kursus, die evaluering van die program en met afloswerk.

Die *Association for Responsible Alcohol Use* vir 'n finansiële bydrae.

Die personeel van Tygerberg hospitaal vir hulle deelname aan die studie.

*Die Here is my sterkte en  
My beskermmer, op Hom kan ek vertrou.  
Hy het my gehelp. Daarom is ek bly  
En wil ek Hom loof met my lied.  
Psalm 28:7*

# INHOUDSOPGAWE

<b>HOOFSTUK 1: INLEIDING</b>	<b>1</b>
1.1 Agtergrond en motivering vir die studie	1
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Doelstellings en doelwitte	8
1.4 Metodologie	8
1.4.1 Die ontwikkeling van die programteorie	8
1.4.2 Die skryf van die program	9
1.4.3 Formatiewe evaluering van die program	9
1.5 Substansmisbruikvoorkoming binne die Suid-Afrikaanse situasie	9
1.6 Definisie van konsepte	12
1.7 Uiteensetting van die tesis	14
 <b>HOOFSTUK 2: DIE VOORKOMING VAN ALKOHOLMISBRUIK</b>	 <b>15</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Die aard van voorkoming	15
2.3 Die oorsake van alkoholgebruik	17
2.3.1 Biologiese oorsake	17
2.3.2 Psigologiese oorsake	19
2.3.3 Sosiokulturele oorsake	22
2.4 Algemene metodes van voorkoming	23
2.4.1 Die regulering van die beskikbaarheid van alkohol	24
2.4.2 Formele en sosiale regulering van gedrag	25
2.4.3 Opvoedkundige voorkomingsprogramme	26
2.4.4 Beveiliging van die omgewing	31
2.4.5 Gemeenskapsgebaseerde voorkoming	31
2.5 Die historiese ontwikkeling van voorkomingsprogramme	33
2.6 Benaderinge tot alkoholmisbruikvoorkoming in die werksplek	35
2.6.1 Die tradisionele benadering	36
2.6.2 Die sosiale omgewingsbenadering	42
2.6.3 Die gesonde lewenstyl benadering	53
2.6.4 Die lewensvaardighede benadering	65
2.7 Die waarde van voorkomingsprogramme	70



<b>2.8</b>	<b>Riglyne vir voorkomingsprogramme</b>	<b>70</b>
<b>2.9</b>	<b>Samevatting</b>	<b>72</b>
<b>HOOFSTUK 3: TEORIEGEBASEERDE PROGRAMEVALUERING</b>		<b>74</b>
<b>3.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>74</b>
<b>3.2</b>	<b>Historiese ontwikkeling van progamevaluering</b>	<b>74</b>
<b>3.3</b>	<b>Benaderings tot progamevaluering</b>	<b>76</b>
3.3.1	Die eksperimentele benadering	76
3.3.2	Die pragmatiese benadering	78
3.3.3	Die naturalistiese benadering	81
3.3.4	Die pluralistiese benadering	85
3.3.5	Die realistiese benadering	87
<b>3.4</b>	<b>Die aard van teoriegebaseerde evaluering</b>	<b>89</b>
<b>3.5</b>	<b>Ontwikkeling van die programteorie</b>	<b>96</b>
3.5.1	Belangegroepbenadering tot die ontwikkeling van programteorie	96
3.5.2	Sosiaalwetenskaplike benadering tot die ontwikkeling van programteorie	98
<b>3.6</b>	<b>Vorme van programteorie</b>	<b>99</b>
<b>3.7</b>	<b>Die voordele van programteorie</b>	<b>100</b>
<b>3.8</b>	<b>Assessering van programteorie</b>	<b>103</b>
<b>3.9</b>	<b>Samevatting</b>	<b>104</b>
<b>HOOFSTUK 4: ANALISE VAN DIE PROBLEEM VAN ALKOHOLMISBRUIK IN DIE WERKSPEK</b>		<b>106</b>
<b>4.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>106</b>
<b>4.2</b>	<b>Aard van die analise</b>	<b>106</b>
<b>4.3</b>	<b>Die steekproef</b>	<b>112</b>
<b>4.4</b>	<b>Demografiese besonderhede</b>	<b>114</b>
<b>4.5</b>	<b>Werksprobleme</b>	<b>115</b>
<b>4.6</b>	<b>Werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik</b>	<b>117</b>
<b>4.7</b>	<b>Houding teenoor matige alkoholgebruik</b>	<b>120</b>
<b>4.8</b>	<b>Die voorkoms van alkoholgebruik by die studiegroep</b>	<b>124</b>
4.8.1	Die voorkoms van alkoholgebruik	124
4.8.2	Frekwensie van gebruik	126
4.8.3	Tipe alkohol wat respondente gebruik	126
4.8.4	Hoeveelheid drankies per geleentheid	127
4.8.5	Riskante alkoholgebruik	129

<b>4.9</b>	<b>Die voorkoms van alkoholafhanklikheid by die studiegroep</b>	<b>129</b>
<b>4.10</b>	<b>Alkoholgebruik by die werk</b>	<b>133</b>
<b>4.11</b>	<b>Redes vir alkoholgebruik</b>	<b>135</b>
<b>4.12</b>	<b>Fokusgroepbesprekings</b>	<b>139</b>
4.12.1	Is alkoholgebruik 'n probleem in die hospitaal?	139
4.12.2	Watter faktore in die werksituasie dra by tot alkoholmisbruik?	140
4.12.3	Wat kan in die hospitaal gedoen word om alkoholmisbruik te voorkom?	141
4.12.4	Wat is u mening t.o.v. matige alkoholgebruik?	142
<b>4.13</b>	<b>Samevatting</b>	<b>142</b>

## **HOOFSTUK 5: ONTWIKKELING VAN DIE PROGRAMTEORIE, BESKRYWING VAN DIE PROGRAM EN METODOLOGIE VIR DIE EVALUERING VAN DIE PROGRAM**

<b>5.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>146</b>
<b>5.2</b>	<b>Die doel van die program</b>	<b>147</b>
<b>5.3</b>	<b>Teikengroep</b>	<b>148</b>
<b>5.4</b>	<b>Die ontwikkeling van die programteorie</b>	<b>148</b>
<b>5.5</b>	<b>Die intervensie</b>	<b>152</b>
5.5.1	Die lewensvaardighedeprogram	153
5.5.2	Hersiening van die alkoholbeleid	154
5.5.3	Opleiding van toesighouers i.v.m. die hantering van werknemers	154
5.5.4	Pamflette en plakate i.v.m. matige alkoholgebruik	155
<b>5.6</b>	<b>Logiese model vir die alkoholmisbruikvoorkomingsprogram</b>	<b>155</b>
<b>5.7</b>	<b>Evaluering van die lewensvaardighedeprogram</b>	<b>159</b>
5.7.1	Die meetinstrument	159
5.7.2	Verloop van die eksperiment	169
5.7.3	Bedreiging vir die geldigheid van die instrument	171
<b>5.8</b>	<b>Evaluering van die toesighouersopleiding</b>	<b>173</b>
<b>5.9</b>	<b>Samevatting</b>	<b>174</b>

## **HOOFSTUK 6: FORMATIEWE EVALUERING VAN DIE ALKOHOLMISBRUIKVOORKOMINGSPROGRAM:**

<b>6.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>175</b>
<b>6.2</b>	<b>Resultate van die eerste studie: Lewensvaardighedeopleiding</b>	<b>175</b>
6.2.1	Ouderdom, geslag en taal	175
6.2.2	Bywoning van groepe	176
6.2.3	Oorsig oor funksionering (CFPI)	176

6.2.4	Detail ontleding van areas van funksionering	178
6.2.5	Alkoholgebruik	181
<b>6.3</b>	<b>Resultate van die tweede studie: Lewensvaardighedeopleiding</b>	<b>191</b>
6.3.1	Ouderdom, geslag en taal	191
6.3.2	Bywoning van groepe	191
6.3.3	Oorsig oor funksionering	192
6.3.4	Alkoholgebruik	196
<b>6.4</b>	<b>Samevatting van die resultate van die kwantitatiewe studie</b>	<b>207</b>
<b>6.5</b>	<b>Resultate van die ontleding van deelnemers se evaluering</b>	<b>208</b>
6.5.1	Begrip van die inhoud van die program (eerste studie)	209
6.5.2	Oordrag van vaardighede na alledaagse lewe (eerste kursus)	211
6.5.3	Betekenis van die kursus in respondente se lewe (eerste kursus)	212
6.5.4	Begrip van die inhoud van die program (tweede kursus)	214
6.5.5	Oordrag van vaardighede na alledaagse lewe (tweede sessie)	215
6.5.6	Betekenis van die kursus in respondente se lewe (tweede studie)	215
6.5.7	Gevolgtrekkings na aanleiding van kwalitatiewe response	216
<b>6.6</b>	<b>Opleiding van toesighouers</b>	<b>217</b>
<b>6.7</b>	<b>Verspreiding van pamflette en plakkate oor matige alkoholgebruik</b>	<b>221</b>
<b>6.8</b>	<b>Hersiening van die substansmisbruikbeleid</b>	<b>221</b>
<b>6.9</b>	<b>Samevattende bevindinge</b>	<b>222</b>
<b>HOOFSTUK 7: BEVINDINGE EN AANBEVELINGS</b>		<b>225</b>
<b>7.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>225</b>
<b>7.2</b>	<b>Ontwikkeling van die programteorie</b>	<b>225</b>
<b>7.3</b>	<b>Die skryf en implementering van die voorkomingsprogram</b>	<b>230</b>
<b>7.4</b>	<b>Formatiewe evaluering van die program</b>	<b>234</b>
<b>7.5</b>	<b>Tekortkominge van die studie</b>	<b>241</b>
<b>7.6</b>	<b>Aanbevelings</b>	<b>242</b>
<b>7.7</b>	<b>Aanbevelings t.o.v. verdere navorsing</b>	<b>244</b>
<b>7.8</b>	<b>Samevatting</b>	<b>245</b>
<b>LITERATUURLYS</b>		<b>246</b>
<b>BYLAES</b>		
Bylaag 1:	Vraelys: Alkoholgebruik van werknemers van Tygerberg-hospitaal	271
Bylaag 2:	Questionnaire: Alcohol use of employees of Tygerberg hospital	277

Bylaag 3:	Comprehensive Personal Functioning Inventory (CPFI)	283
Bylaag 4:	Vraelys: Lewensvaardighede	293
Bylaag 5:	Vraelys: Life skills	294
Bylaag 6:	Toestemmingsdokument	295
Bylaag 7	Form of consent	296
Bylaag 8	Toesighoueropleiding: Evaluering	297
Bylaag 9	Konsep substansmisbruikbeleid	299
Bylaag 10	Draft substance abuse policy	304

## TABELLE

2.1	Ontwikkeling van werknemershulpverlening	35
2.2	Opsomming van benaderings in die voorkoming van alkoholmisbruik in die werksplek	69
3.1	Die eksperimentele model	77
4.1	Verspreiding volgens beroepskategorie	112
4.2	Verspreiding volgens geslag	113
4.3	Opvoedkundige kwalifikasie van respondente	115
4.4	Werksprobleme	115
4.5	Aantal werksprobleme wat respondente ervaar	116
4.6	Struktuurmatraks van werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik	118
4.7	Aanvaarbaarheid van matige gebruik van alkohol	120
4.8	Matige alkoholgebruik as realistiese doelstelling	121
4.9	Geheelonthouding beter as matige alkoholgebruik	121
4.10	Beskrywende statistiek. Eenrigting Anova: Houding teenoor matige alkoholgebruik en opvoedkundige kwalifikasie	122
4.11	Anova: Post hoc toets vir assosiasie tussen opvoedkundige kwalifikasie en houding teenoor matige alkoholgebruik	123
4.12	Beskrywende statistiek. Eenrigting Anova: Beroepskategorie en houding teenoor matige alkoholgebruik	123
4.13	Anova: Post hoc toets vir assosiasie tussen beroepskategorie en houding teenoor matige alkoholgebruik	124
4.14	Tabulering van alkoholgebruik en beroepskategorie	125
4.15	Alkoholgebruik en opvoedkundige kwalifikasie	126
4.16	Frekwensie van alkoholgebruik	126
4.17	Aantal eenhede alkohol per geleentheid vir vroue	127
4.18	Aantal eenhede alkohol per geleentheid vir mans	128
4.19	Vyf of meer drankies per geleentheid	129
4.20	Alkoholafhanklikheid volgens Selzer se indeling	129

4.21	Alkoholafhanklikheid volgens Cyr en Wartman	130
4.22	Beskrywende statistiek t.o.v. alkoholafhanklikheid en geslag	130
4.23	Beroepskategorie – Alkoholafhanklik: Kruistabulering	130
4.24	Beskrywende statistiek t.o.v. alkoholafhanklikheid en beroepskategorie	131
4.25	Bonferroni-toets: Beroepskategorie en alkoholafhanklikheid	131
4.26	Beskrywende statistiek t.o.v. alkoholafhanklikheid en opvoedkundige kwalifikasie	132
4.27	Bonferroni-toets: Alkoholafhanklikheid en opvoedkundige kwalifikasie	132
4.28	Betrokkenheid van alkohol gedurende werksure	134
4.29	Faktormatriks van veranderlikes wat bydra tot alkoholgebruik	138
5.1	Logiese model vir 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram	156
5.2	Uitgebreide logiese model vir 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram	158
5.3	Betroubaarheid van CPFI: Psigososiale funksionering	164
5.4	Betroubaarheid van CPFI: Selfpersepsie	165
5.5	Betroubaarheid van CPFI: Verhoudings	165
5.6	Inhoudsgeldigheid van CPFI	166
5.7	Konstrugeldigheid van CPFI	167
5.8	Fase 1: Besonderhede van aanbieding	170
5.9	Fase 2: Besonderhede van aanbieding	171
6.1.	Ouderdom van respondente	175
6.2	Geslag van respondente	175
6.3	Bywoning van sessies	176
6.4	Verskille in positiewe funksionering tussen die voor- en natoets	176
6.5	Verskille in negatiewe funksioneringsareas tussen voor-en natoets	177
6.6	Verskille in selfpersepsie	177
6.7.	Verskille in verhoudinge	177
6.8	Styl van funksionering: Fase 1	178
6.9	Alkoholgebruik vóór en ná intervensie: Fase 1	182
6.10	Aantal dae gedurende voorafgaande 30 dae waarop alkohol gebruik is	182
6.11	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep: Voortoets	183
6.12	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep: Natoets	183
6.13	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Voortoets	183
6.14	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Natoets	183
6.15	Aantal drankies wat respondente per geleentheid neem	184
6.16	Aantal drankies per geleentheid: Eksperimentele groep: Voortoets	184
6.17	Aantal drankies per geleentheid: Eksperimentele groep: Natoets	184

6.18	Aantal drankies per geleentheid: Kontrole groep: Voortoets	185
6.19	Aantal drankies per geleentheid: Kontrole groep: Natoets	185
6.20	Aantal geleenthede waarop respondente meer as 5 drankies geneem het	185
6.21	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Eksperimentele groep: Voortoets	186
6.22	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Eksperimentele groep: Natoets	186
6.23	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Voortoets	186
6.24	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Natoets	186
6.25	Kennis oor matige alkoholgebruik by mans en vroue: Fase 1	187
6.26	Kennis oor persone wat nie alkohol behoort te gebruik nie: Fase 1	188
6.27	Matige alkoholgebruik aanvaarbaar: Fase 1	189
6.28	Matige alkoholgebruik realisties: Fase 1	190
6.29	Geheelonthouding beter: Fase 1	190
6.30	Ouderdom van respondente	191
6.31	Gemiddelde verskil in positiewe funksionering: Fase 2	192
6.32	Verskille in negatiewe funksioneringsareas	192
6.33	Verskille in selfpersepsie	193
6.34	Verskille in verhoudinge	193
6.35	Styl van funksionering: Fase 2	193
6.36	Gerapporteerde alkoholgebruik vóór en ná intervensie: Fase 2	196
6.37	Aantal dae gedurende voorafgaande 30 dae waarop alkohol gebruik is	197
6.38	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep: Voortoets	197
6.39	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep: Natoets	197
6.40	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Voortoets	198
6.41	Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Natoets	198
6.42	Aantal drankies wat respondente per geleentheid neem	199
6.43	Verskil in aantal drankies	199
6.44	Aantal drankies per geleentheid: Eksperimentele groep: Voortoets	199
6.45	Aantal drankies per geleentheid: Eksperimentele groep: Natoets	200
6.46	Aantal drankies per geleentheid: Kontrole groep: Voortoets	200
6.47	Aantal drankies per geleentheid: Kontrole groep: Natoets	200
6.48	Aantal geleenthede waarop respondente meer as 5 drankies geneem het	201
6.49	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Eksperimentele groep: Voortoets	201
6.50	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Eksperimentele groep: Natoets	202
6.51	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Voortoets	202
6.52	Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Natoets	202
6.53	Kennis oor matige alkoholgebruik by mans en vroue: Fase 2	203

6.54	Kennis oor persone wat nie alkohol behoort te gebruik nie: Fase 2	204
6.55	Matige alkoholgebruik aanvaarbaar: Fase 2	205
6.56	Matige alkoholgebruik realisties: Fase 2	206
6.57	Geheelonthouding beter: Fase 2	206
6.58	Begrip van inhoud van program	210
6.59	Kennis van hantering van werknemers	218
6.60	Gemiddelde aantal stappe korrek	218
6.61	Respondente gemaklik in hantering van werknemers	219
6.62	Kennis oor hantering van werknemers	220
6.63	Opleidingsessie sinvol	220
6.64	Gehalte van aanbieding	220

## FIGURE

2.1	Model vir die voorkoming van substansgebruik	57
3.1	Skematiese voorstelling van model vir ontwikkeling van programteorie	91
3.2	Voorbeeld van programteorie	94
4.1	Ouderdom van die studiegroep	114
4.2	Verspreidingsdiagram van aantal werksprobleme en alkoholafhanklikheid	116
4.3	Hellingskaart van werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik	117
4.4	Aanvaarbaarheid van matige gebruik	120
4.5	Verspreidingsdiagram van die verband tussen alkoholprobleme en alkoholbetrokkenheid by die werk	134
4.6	Hellingskaart van faktore wat bydra tot alcoholmisbruik	135
5.1	Chen se handelingsteorie en konseptuele teorie	149
5.2	Verloop van die eksperiment	170
6.1	Positiewe funksionering: Fase 1	179
6.2	Negatiewe funksioneringsareas: Fase 1	180
6.3	Selfpersepsie: Fase 1	180
6.4	Verhoudings: Fase 1	181
6.5	Positiewe funksionering: Fase 2	194
6.6	Negatiewe funksionering: Fase 2	194
6.7	Selfpersepsie: Fase 2	195
6.8	Verhoudings: Fase 2	195
6.9	Begrip van inhoud van kursus	211
6.10	Programteorie vir alcoholmisbruikvoorkomingsprogram	223
7.1	Raamwerk vir die bespreking van die bevindinge	225

# Hoofstuk 1

## INLEIDING

### 1.1 Agtergrond en motivering vir die studie

Alkoholmisbruik is 'n groot probleem in Suid Afrika. Alkohol is steeds die belangrikste middel wat misbruik word in Suid Afrika en daar word beraam dat tussen 7,5% en 31,5% van Suid Afrikaners alkoholprobleme ondervind of gevaar loop om die probleem te ontwikkel. Alkoholmisbruik is 'n faktor in byna 50% van motorongelukke in Suid Afrika wat jaarliks lei tot die verlies van 7000 mense teen 'n koste van 20 biljoen rand (National Drug Master Plan 2006-2011). Substansmisbruik is 'n belangrike bydraer tot misdaad, armoede, 'n disfunksionele gesinslewe, politieke onstabiliteit, die toename van kroniese siektes, soos HIV/VIGS en tuberkulose, beserings en vroegtydige sterftes. Dit word beraam dat alkoholmisbruik die land jaarliks 10 biljoen rand kos (NDMP 2006-2011).

Navorsing wat by die Mediese Navorsingsraad gedoen is (Parry 2004) het die volgende feite oor alkohol en dwelmmisbruik in die Wes Kaap aan die lig gebring:

- Meer as 25% van persone wat alkohol gebruik, drink naweke teen gevaarlike vlakke.
- Meer as die helfte van persone wat as gevolg van nie-natuurlike oorsake gesterf het in Kaapstad in 2002, het alkoholvlakke van meer as 0.05 g/100ml. gehad.
- Meer as 'n derde van pasiënte wat in trauma eenhede by Kaapstadse hospitale gesien is gedurende 2001, het bloedalkoholvlakke van meer as 0.05 g/100ml. gehad.
- Alkohol, in besonder, is oor verskillende jare in studies van die Mediese Navorsingsraad verbind met ander maatskaplike probleme, soos gevaarlike seksuele praktyke, gesinsgeweld en akademiese probleme en swak skoolbywoning.
- Een uit elke vyf persone wat HIV positief is, misbruik alkohol of is alkoholafhanklik.
- Die ekonomiese koste van alkohol en dwelmmisbruik vir die provinsie word op 1 biljoen rand per jaar geskat.

Die hoë voorkoms van fetale alkoholsindroom in Suid Afrika is 'n verdere aanduiding van die omvang van die alkoholmisbruikprobleem (Parry, 2005a, 2005b). Die organisasie Fasfacts sê hieroor: "The continued focus of research based on communities such as Wellington in the Western Cape Province, and De Aar and Upington in the Northern Cape Province, once



again underscored the enormity of the FAS problem in South Africa. The severity of the potential crisis facing the country is best illustrated by the results from the De Aar project that show a prevalence of FAS in the town of 122 per 1 000 school-entry children, thus 12,2%. This is officially the highest frequency yet reported in one population anywhere in the world. [FARR: *Chairman's Report for the year ended 31 March 2006, page 4, website [www.farr.org.za](http://www.farr.org.za)*]. In addition, the prevalence rate of Fetal Alcohol Exposure is always far higher than the FAS rate. (In the above-mentioned areas between 3 - 5 times higher.) As a result, an unknown number of children are prenatally damaged due to their mother's alcohol consumption. The prevalence of FAS in countries such as the USA varies from 0,1 - 0,3% (www.fasfacts.org.za/fasinfo.htm).

Alkoholmisbruik het ook negatiewe gevolge vir die industrie en werksplekke. Van die probleme wat voorkom, is afwesigheid van werk, toename in die gebruik van siektevoordele, toename in eise van werknemersversekering, afname in produktiwiteit, interpersoonlike konflik, beserings aan diens en beskadiging van die eiendom van die werkgever (Parry & Bennetts, 1998). Lg. skrywers kom tot die gevolgtrekking dat werksplekke substansmisbruikprogramme behoort in te stel. "It is essential that work site interventions to address alcohol misuse be developed. Business should be encouraged to develop and implement workplace interventions. These should include the development of workplace policies, training of supervisors in policy application, setting up of employee education and awareness programmes, providing employees with information regarding treatment and support programmes and, where possible, setting up EAPs, initiating drug testing (where appropriate), addressing practices which might encourage alcohol consumption (e.g. providing access to cheap or free alcohol), and encouraging business to support community substance abuse prevention initiatives (Parry & Bennetts, 1998, p. 227).

Werksplekke is ook elders geïdentifiseer as belangrike strukture waar alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme aangebied behoort te word (Cook & Youngblood, 1990; Roman, 1990; Ames, 1993; Gill, 1994; Heirich & Sieck, 2000; Roman & Blum, 2002; Snow, Swan, & Wilton, 2002).

SAMHSA (Die *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) in Amerika verskaf die volgende redes vir substansmisbruikvoorkomingsprogramme in die werksplek:

- "Most heavy drinkers (77%) and illicit drug users (70%) are working adults;

- Alcohol and drug use/abuse among employees is strongly associated with accidents, absenteeism, turnover, and work performance problems;
- The workplace is where large numbers of parents can be reached with messages about keeping children alcohol and drug-free positively impacting on work force productivity and reduced employee stress;
- Substance abuse prevention messages can be successfully integrated into standard health promotion and wellness programs such as stress management without effecting the goals of the health promotion program;
- Workplace based substance abuse prevention programs can reduce such costs as workers' compensation claims, litigation, injury, and health insurance, among others" (SAMHSA, 2003).

Wat die omstandighede in die spesifieke werksplek waar die program aangebied is en wat hier ondersoek word, betref, blyk dit dat alkoholmisbruik reeds as 'n probleem geïdentifiseer is deur die werknemerwelstandprogram. Tussen 2003 en 2007 was substansmisbruik vir tussen 11% en 19% van die gevallelading verantwoordelik. Volgens die jaarverslae van die werknemerwelstandprogram was substansmisbruik die grootste probleem wat tussen 2003 en 2005 hanteer is (Dept. Maatskaplike Werk: Ongepubliseerde jaarverslag van die Personeelondersteuningseenheid, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007). Voorts het die bestuur van die hospitaal ook in 'n vergadering met die werknemerorganisasies aangedui dat bestuur alkoholmisbruik as 'n ernstige probleem in die hospitaal beskou (Notule van IBAK, die Interne Bestuur en Arbeid Koukus, 25 Oktober, 2002).

Evaluering van bestaande voorkomingsprogramme in die werksplek, kon egter tot dusver nog min sukses illustreer (Ames, 1993; Holder, 1998). Moskowitz (1989, p. 75) sê hieroor: "Whereas many have argued for the conceptual and practical advantages of workplace prevention programs, there is an absence of both viable program models and research data to support the efficacy of this approach for preventing alcohol problems." Baie klem is in die verlede gelê op hulpverlening aan werknemers wat alkohol misbruik, terwyl voorkoming min aandag geniet het. Die navorser is van mening dat die leemte aan suksesvolle voorkomingsprogramme toegeskryf kan word daaraan dat bestaande programme ernstige metodologiese leemtes het, nl. die afwesigheid van 'n grondige programteorie en die feit dat programme nie gebaseer word op 'n sistematiese behoeftebepaling nie. Voorkomingsprogramme wat nie gebaseer is op wetenskaplike kennis nie, word dus in werksplekke aangebied en daar is geen gronde vir die aanname dat hierdie programme

enige effek op die probleem sal hê nie. Dit is nie koste-effektief om sodanige programme aan te bied nie (Holder, 1997). 'n Verdere leemte is dat programme wat wel aangebied word, nie geëvalueer word nie sodat daar nie voortgebou kan word op bestaande kennis nie.

Op 'n persoonlike vlak het die navorser in 'n werknemerondersteuningsprogram die effek van alkoholmisbruik op die persoonlike lewe van werknemers en op hulle produktiwiteit ervaar. Dit was voorts duidelik dat baie alkoholverwante probleme ontstaan by werkers wat nie noodwendig afhanklik is nie, maar riskante gebruikers is. Voorkomingsaksies het dus die potensiaal om 'n verandering teweeg te bring in die lewenskwaliteit en in die produktiwiteit van werknemers. Dit was egter ook duidelik dat die blote oordra van kennis, nie die gewenste uitwerking sou hê nie.

Alkoholprobleme in die werksplek is tot dusver hoofsaaklik aangespreek deur werknemerhulpprogramme en die formulering van 'n alkoholbeleid vir die werksplek (Cook, Back & Trudeau, 1996). Werknemerhulpprogramme behels die vroeë identifisering van werknemers met alkoholprobleme, assessering van die probleem en verwysing vir hulpverlening. Hierdie diens word dikwels beskryf as tersiêre voorkoming, maar behels eerder hulpverlening as voorkoming. Die alkoholbeleid sit uiteen wat die organisasie se beleid t.o.v. die gebruik en misbruik van alkohol in die werksplek is, hoe teen oortreders opgetree sal word en watter voorsiening daar vir hulpverlening is. Hierdie metodes word ondersteun deur opvoedkundige programme waarin werknemers ingelig word oor alkohol en die gevare van misbruik (Albertyn & McCann, 1993; Strydom, 1997). Hieruit blyk dit dat die meeste alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme gebaseer is op die mediese model waarvolgens alkoholafhanklikheid 'n siekte is en geheelonthouding die enigste moontlike doelstelling (Beck 1998). In die programme word daar dan ook geen voorsiening gemaak vir die vermindering van alkoholgebruik as 'n moontlike doelstelling nie. Tog is die gesondheids- en ekonomiese gevolge van die misbruik van alkohol baie groter as dié van alkoholgebruik wat spruit uit afhanklikheid (Botelho & Richmond, 1996). Die rede vir die hoër koste verbonde aan misbruik is dat daar meer riskante gebruikers in elke samelewing is as afhanklike persone. Opvoedkundige programme was die enigste tipe alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme wat in die Suid-Afrikaanse literatuur geïdentifiseer kon word. Die implisiete programteorie onderliggend aan hierdie voorkomingsmodel veronderstel dat die vermeerdering van kennis oor alkohol en die gevare van misbruik sal lei tot verandering van houdings en gevolglik tot gedragsverandering. Pentz (1999) het egter gevind dat programme wat slegs fokus op die vermeerdering van kennis, geen effek het op alkoholmisbruik nie.

Sedert die negentigerjare is daar belowende ontwikkelinge op die terrein van alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme (Cook, Back & Trudeau, 1996). Navorsers het begin om die rol te ondersoek wat faktore soos die kultuur van die werksplek, sosiale beheer, werkstres en beskikbaarheid van alkohol by die werksplek speel (Trice & Sonnenstuhl, 1990; Ames, 1993). Op hierdie wyse het 'n ekologiese benadering ontstaan en is die aandag gevestig op die rol wat die omgewing speel in die ontstaan en instandhouding van alkoholprobleme. Die ekologiese benadering bied 'n wyer perspektief as die tradisionele benadering wat die oorsaak van alkoholprobleme slegs in individuele tekortkominge gesoek het. Holder (1990) staan 'n sisteembenadering voor vir die voorkoming van alkoholprobleme in die werksplek en beklemtoon samewerking met ander sisteme in die gemeenskap. Ander navorsers het alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme gekombineer met programme wat die bevordering van 'n gesonde leefstyl ten doel het (Cook & Youngblood, 1990). 'n Verdere ontwikkeling was die aanbidding van lewensvaardighede kursusse. Voorstanders van die lewensvaardighede model grond hulle model op die konseptuele raamwerk van risiko-faktore en beskermende faktore. Risiko faktore is eienskappe in die individu of die omgewing wat kan bydra tot verhoogde psigososiale simptomatologie en probleemgedrag soos alkoholmisbruik (Snow, Swan & Wilton, 2002). Beskermende faktore, bv. lewensvaardighede of sosiale ondersteuning, verminder die risiko van psigologiese simptome en probleemgedrag (Bandura, 1969; Bandura, 1997; Kline & Snow 1994; Snow & Kline, 1995). Daar is ooreenkomste tussen die benaderinge wat hierbo bespreek is. Holder (1990) se sisteembenadering stem bv. baie ooreen met die ekologiese model en die gesonde lewenstyl model is, soos die lewensvaardighede model, ook gegrond op 'n sosiale leer benadering. Meer nog, dit het geblyk dat alkoholprobleme komplekse probleme is wat verskillende oorsake het en dat die beste resultate in voorkomingsprogramme waarskynlik verkry kan word indien die probleem op verskillende vlakke aangespreek kan word. Walsch et al. (1993) en Cook, Back en Trudeau (1996) argumenteer ook vir 'n meer komplekse model van voorkoming wat risiko faktore in die werksplek, in ander sfere van die werknemer se lewe en in die persoon self aanspreek.

Teoriegebaseerde evaluering bied 'n metode waarvolgens so 'n wetenskaplik gefundeerde voorkomingsprogram ontwikkel kan word. Weiss (1997) sien die kern van teoriegebaseerde progamevaluering as die ontwikkeling van die programteorie. Hiermee bedoel sy dat die basiese aannames oor die intervensie uitgedruk kan word as 'n reeks oorsaak-en-gevolg gebeure. Bv. in 'n opvoedkundige program oor alkoholmisbruik is die aannames waarskynlik dat opleidingsessies die kennis van die teikengroep sal verhoog; verhoogde kennis sal lei tot

'n houdingsverandering teenoor alkoholgebruik en 'n veranderde houding sal lei tot gedragsverandering. Evaluering behels dat inligting ingesamel word om te bepaal of die proses verloop soos voorspel is. Op hierdie wyse is dit moontlik om te bepaal of die program suksesvol is, sowel as om te bepaal wat die rede vir die sukses of mislukking is. Dit het die voordeel bo tradisionele tipe evaluering dat belanghebbers weet hoe om die program aan te pas of te verander, indien dit misluk. 'n Eksplisiete programteorie dra by tot 'n logiese model waarin die oorsake van die probleem, die probleem self, die intervensie en die resultate beskryf word en die verband tussen die veranderlikes eksplisiet gemaak word. Op hierdie wyse word navorsingsresultate in die evaluering gegenereer wat kan bydra tot die verbetering van sosiale programme. Rossi, Freeman en Lipsey (1999) beskryf die taak van hierdie aspek van progamevaluering as volg: "The evaluator can construct a representation, a conceptual model, of how the program is expected to work and the connections presumed between its various activities and functions and the social benefits it is intended to produce". Volgens Moskowitz (1989) en Holder (1998) word daar vir die meeste alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme 'n tipe "black-box" evaluering gedoen, met geen begrip van die onderliggende programteorie nie. Hierdie tipe inligting het dus geen waarde vir die verbetering van programme nie. Weiss (1997) waarsku egter dat teoriegebaseerde evaluering 'n moeilike proses is en dat 'n groot hoeveelheid data en ingewikkelde analitiese metodes dikwels nodig is vir die sukses van die evaluering.

Chen (1990) het 'n wyer siening van teoriegebaseerde progamevaluering as Weiss. Hy onderskei tussen ses terreine van teoriegebaseerde progamevaluering wat strek vanaf intervensie-evaluering tot veralgemeningsevaluering. Sy ingrypingsmeganisme evaluering stem ooreen met Weiss (1997) se programteorie. Volgens Chen (1990) verloop hierdie evaluering in drie fases. Eerstens is daar die teoretiese spesifikasie fase. In hierdie fase word die veranderlikes geïdentifiseer wat deur die intervensie beïnvloed word en wat weer 'n effek het op die impak van die program. Bv. in die *Head Start* program was die hipotese dat die kinders se huislike omgewing en selfbeeld 'n belangrike rol gespeel het in hulle skoolprestasie. Die intervensie was deelname aan die *Head Start* program; die ingrypingsveranderlikes was huislike omgewing en selfbeeld en die impak van die program was beter skoolprestasie. Die tweede fase behels meting van variansie in die ingrypingsveranderlikes. Kwantitatiewe metodes sowel as kwalitatiewe metodes kan benut word om veranderinge te beskryf. Waarneming kan bv. gebruik word om te bepaal of kinders se selfbeeld verbeter het of gestandaardiseerde vraelyste kan gebruik word. Die derde fase behels dat afleidings gemaak kan word oor oorsaaklike faktore in die intervensie-program.

Die programteorie kan ontwikkel word uit bestaande navorsing, die mening van belanghebbers, dokumente oor die program en logiese beredenering (Chen 1990).

Die programteorie moet ook gebaseer wees op die behoeftes van die teikengroep. Winick (1985, p. 527) sê hieroor: "A critical issue in the prevention of substance dependence is a substantial waste of programs in prevention because they are too generalized and not targeted to specific groups". Dit behels dat die probleem goed gekonseptualiseer moet wees en dat die navorser begrip moet ontwikkel vir oorsaaklike faktore in die omgewing en in die individu wat bydra tot die probleem. In die ontwikkeling van voorkomingsprogramme moet die probleme, risiko-faktore en drinkpatrone in die werksplek dus goed beskryf word (Ames, 1993; Gill, 1994). Hierdie inligting ontbreek egter grootliks in bestaande programme sodat Rocha Silva (1992, p. 1) opmerk: "There is hardly any evidence that research has indeed informed policy making and general service-delivery regarding the prevention/treatment of alcohol/drug problems." Die navorser kon ook nie meer onlangse programme identifiseer wat aan hierdie vereiste voldoen nie. Die oproep dat programme gebaseer moet wees op die behoeftes van die teikengroep, word egter herhaal deur Arthur en Blitz (2000, p. 243) wanneer hulle konstateer: "In order to use prevention resources efficiently, prevention researchers must provide the knowledge base to allow planners to match specific research-based prevention strategies to the specific needs of the local population (i.e., to prescribe specific strategies to address identified needs).

Teoriegebaseerde progamevaluering bied ook aan die navorser die geleentheid om komplekse programme te ontwikkel en gebruik te maak van verskillende modelle van voorkoming aangesien daar vir elke aspek van die program 'n programteorie ontwikkel kan word. Daar bestaan dus 'n behoefte aan voorkomingsprogramme wat gebaseer is op 'n geldige programteorie, wat gegrond is op die behoeftes van die teikengroep en wat geëvalueer is. Hierdie studie trag om in hierdie behoefte te voorsien.

## **1.2 Probleemstelling**

Die probleem is dat alkoholmisbruikprogramme wat in Suid-Afrika in die werksplek aangebied word, nie goed gekonseptualiseer is nie en nie op 'n programteorie gegrond is nie. Dit beteken dat die programteorieë nie getoets word nie en dat daar nie ontwikkeling en vordering is wat betref wetenskaplike verantwoordbaarheid nie. Nuwer benaderinge t.o.v. alkoholmisbruikvoorkoming word nie in die werksplek toegepas nie. Daarbenewens bestaan daar ook nie 'n tradisie van progamevaluering in Suid-Afrika nie. Praktisyns is dikwels skepties oor evaluering, en dit is belangrik om aan te toon dat evaluering nie net gemik is op

die uiteindelijke impak van die program nie, maar 'n belangrike rol kan speel in programformulering en –ontwikkeling. Dit kan daartoe bydra dat 'n meer positiewe klimaat t.o.v. evaluering geskep word en dat evaluering 'n integrale deel word van sosiale programme.

### **1.3 Doelstellings en doelwitte**

Die doelstelling van hierdie studie is om 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram vir die werksplek te ontwikkel waarvan die programteorie duidelik uitgespel is.

Die doelwitte is om:

- 'n oorsig van verskillende teoretiese benaderings rondom alkoholvoorkoming sowel as die nuutste literatuur oor teoriegebaseerde programevaluering te bespreek,
- die oorsake van die probleem te beskryf soos dit binne die spesifieke werksplek voorkom,
- 'n intervensieprogram te ontwikkel wat gegrond is op bestaande kennis en die inligting wat in die werksplek ingesamel is en
- 'n formatiewe evaluering van die program te onderneem.

### **1.4 Metodologie**

Die studie is in drie fases afgehandel, soos hieronder bespreek word.

#### **1.4.1 Die ontwikkeling van die programteorie**

In die eerste fase van die studie is die programteorie ontwikkel. Die programteorie is gegrond op wetenskaplike kennis, sowel as die behoeftes en kenmerke van die teikengroep. Eerstens is 'n literatuurstudie oor die voorkoming van alkoholprobleme in die werksplek gedoen. Die teoretiese benaderings t.o.v. alkoholvoorkoming wat in die literatuur geïdentifiseer kan word, is beskryf. Uit die literatuurstudie is riglyne geneem vir die ontwikkeling van 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram. 'n Literatuurstudie oor programevaluering is ook gedoen. Daar is veral gekonsentreer op teoriegebaseerde programevaluering en die waarde van teoriegebaseerde programevaluering vir die ontwikkeling van sosiale programme.

Tweedens is 'n analise van die probleem, soos wat dit in Tygerberg-hospitaal voorkom, gedoen. 'n Opname is gemaak van 'n gestratifiseerde steekproef van werknemers om patrone van alkoholgebruik, redes vir alkoholgebruik en houdings t.o.v. die matige gebruik

van alkohol te beskryf. Benewens 'n self-ontwerpte vraelys, is daar ook gebruik gemaak van 'n gestandaardiseerde meetinstrument, die *Michigan Alcoholism Screening Test*, kortweg die *Mast genoem* (Selzer, 1971). Hierdie meetinstrument is ontwerp om 'n gestruktureerde, betroubare en kwantifiseerbare instrument daar te stel vir die identifisering van alkoholafhanklikheid. Die *Mast* kan deur professionele sowel as nie-professionele persone gebruik word en het die verdere voordeel dat dit nie baie tyd in beslag neem nie. Volgens Cyr en Wartman (1988) is die betroubaarheid en geldigheid van die instrument wyd beskryf. Inligting oor veranderlikes wat volgens die literatuurstudie 'n effek op alkoholmisbruik kan hê, is ingesamel. Beskrywende en inferensiële statistiese metodes is gebruik word om die inligting weer te gee. Die verband tussen bg. veranderlikes en alkoholmisbruik is beskryf. Daar is ook fokusgroepbesprekings gehou om inligting te bekom oor werknemers se siening van alkoholgebruik in die werksplek, die rol van werksfaktore in die ontstaan van alkoholprobleme en moontlike oplossings vir die probleem.

#### **1.4.2 Die skryf van die program**

In die tweede fase is die program ontwikkel en geskryf. Eerstens is die programteorie vir elke aspek van die program ontwikkel. Daarna is 'n logiese model ontwikkel vir die implementering van die program. Vervolgens is 'n plan ontwikkel waarvolgens die program geëvalueer sou word. Die program, soos dit geïmplementeer is, het bestaan uit 'n lewensvaardighedekursus, die skryf van die alkoholbeleid en die opleiding van toesighouers.

#### **1.4.3 Formatiewe evaluering van die program**

Die derde fase het die formatiewe evaluering van die program behels. Daar is gebruik gemaak van 'n eksperimentele model om die sukses van die lewensvaardighedekursus te meet. 'n Meetinstrument wat in die handel beskikbaar is, die *Comprehensive Personal Functioning Inventory* (Faul & Hanekom, 2002) is benut om psigososiale funksionering te meet. Die skaal voldoen aan die vereistes van geldigheid en betroubaarheid. Die lewensvaardighedekursus is verder geëvalueer deur kwantitatiewe metodes. Die toesighouersopleiding is deur 'n eenvoudige pre-eksperimentele voortoets-natoets ontwerp gemeet, terwyl die skryf van die substansmisbruikbeleid deur waarneming bevestig is.

### **1.5 Substansmisbruikvoorkoming binne die Suid-Afrikaanse situasie**

Die *National Drug Master Plan, NDMP, (2006-2011)* rig alle dienste t.o.v. substansmisbruik en afhanklikheid in Suid-Afrika. Die oorspronklike plan (2000-2005) is opgevolg met die hersiene plan vir 2006 tot 2011. Die plan is opgestel volgens die voorskrifte van die Wet op



die Voorkoming en Behandeling Substansafhanklikheid (Wet 20 van 1992). In terme van die wet is 'n sentrale liggaam (die *Central Drug Authority*) ingestel om uitvoering te gee aan die NDMP. Verskillende staatsdepartemente en ander organisasies is op die raad van die *Central Drug Authority* verteenwoordig. Die taak van die *Central Drug Authority* is die monitering van die implementering van die NDMP. Die raad verseker koördinerings tussen die verskillende departemente en provinsies en rapporteer aan die parlement deur die minister van Maatskaplike Ontwikkeling. Spesifieke staatsdepartemente het ook die verantwoordelikheid in terme van wet 20 van 1992 om "mini drug master plans (mdmp)" te ontwikkel in terme van hulle spesifieke area van dienslewering en om jaarliks aan die *Central Drug Authority* verslag te doen. Spesifieke departemente, bv. Kuns en kultuur, Korrektiewe dienste, Opvoeding, Gesondheid, Buitelandse Sake, Binnelandse Sake, Arbeid, Justisie, Veiligheid en Sekuriteit, Maatskaplike Ontwikkeling, die Suid Afrikaanse Polisie, die Suid Afrikaanse Inkomstediens, Sport en Ontspanning, Handel en Nywerheid en Vervoer is hierby betrokke. Voorsiening is ook gemaak vir die daarstelling van 'n substansmisbruikforum in elk van die nege provinsies. Die forums koördineer die werk op provinsiale vlak. Die werk word verder gedentraliseer deur die afwenteling na plaaslike substansmisbruik aksie komitees (local drug action committees). Die plaaslike komitees word deur plaaslike owerhede bestuur en bestaan uit verteenwoordigers van alle rolspelers in die veld van substansmisbruik op plaaslike vlak.

Die missie van die NDMP is om holistiese en koste-effektiewe strategieë aan te wend om die aanbod en verbruik van substans te verminder en die skadelike gevolge van die misbruik en afhanklikheid van substans in Suid-Afrika te beperk. (NDMP, 2006-2011, p. 13). Onder die nege prioriteitsareas wat die plan identifiseer, word "werkers" ook genoem as deel van 'n groep kwesbare persone en daar word spesifiek melding gemaak van sekere beroepsgroepe wat 'n risiko is. Afwesigheid, verlies van produktiwiteit en negatiewe ekonomiese effekte word genoem as probleme wat voorkom by kwesbare groepe en daar word melding gemaak dat programme wat konstruktiewe gebruik van vrye tyd bevorder en alternatiewe vir substansmisbruik behels, aan hierdie groepe bekendgestel moet word.

Die NDMP maak spesifiek voorsiening vir die voorkoming van substansmisbruik. Aangesien die voorskrifte van die NDMP belangrik is vir die voorkomingsprogram wat in hierdie studie ontwikkel is, word dit hier volledig weergegee:

### **The NDMP views prevention as various interventions that**

- focus in an integrated and balanced way on the individual and the environment (community/group);
- focus on individuals as subjects who can contribute positively to preventive action;
- have strong support in the (wider) community within which preventive action occurs;
- involve target groups in prevention planning and implementation;
- combine demand reduction (e.g. through programmes that enhance life skills and reduce socioeconomic inequalities) and supply reduction (e.g. Through control/law enforcement and poverty alleviation) in a balanced, multilevel manner;
- are evidence/researched based and thus based on the dynamics of the applicable context at a particular point in time;
- are implemented at one or more of the following three levels: at the primary level, where prevention is directed at reducing the initial individual and environmental risks of drug-related harm (e.g. crime); at the secondary level, which involves early detection of risk proneness with regard to the development of drug-related harm; and at the tertiary level (usually called “treatment”) where the focus is on arresting the intensification and perpetuation of drug-related harm.

In short, the above conception of prevention is part of a social development approach to countering social problems. It also points to the need for a multilevel, multisystem intervention in social service delivery without ignoring therapy approaches and without assigning “blame” (NDMP, 2006-2011, p. 24).

Daar word verder melding gemaak daarvan dat voorkomingsprogramme moet trag om beskermende faktore te bevorder en risikofaktore te verminder. Beskermende faktore is faktore wat die risiko aan toekomstige substansmisbruik verminder (bv. sterk morele waardes), terwyl risiko-faktore die gevaar dat substans misbruik sal word verhoog, bv. ‘n gebrek aan lewensvaardighede. Die program wat ontwikkel is in hierdie studie, pas goed in binne die raamwerk van die NDMP en sluit goed aan by die riglyne wat neergelê is vir voorkomingsprogramme.

Verdere wette wat spesifieke implikasies het vir voorkomingsprogramme wat in die werksplek aangebied word, is die Beroepsgesondheid en Veiligheidswet (wet 85 van 1993) en die Wet op Arbeidsverhoudinge (wet 66 van 1995). Regulasie 10 van die

Beroepsgesondheid en Veiligheidswet maak daarvoor voorsiening dat geen persoon wat onder die invloed van alkohol of 'n dwelm is, of wat voorkom asof hy/sy onder die invloed is, toegelaat mag word om die werksplek te betree of in die werksplek te bly nie. Die wet verplig ook die werkgever om 'n werksomgewing te skep wat veilig en sonder risiko's is vir die werknemer (Regulasie 8). In terme van die Wet op Arbeidsverhoudinge moet alle dissiplinêre prosedures regverdig en billik wees. Daar rus dus 'n verpligting op die werkgever om voorsiening te bemaak vir berading van 'n werknemer met substansprobleme voordat daar dissiplinêr opgetree word.

## 1.6 Definisie van sleutelkonsepte

'n Begrip van die volgende konsepte is belangrik vir die studie.

***Alkoholafhanklikheid en alkoholmisbruik.*** 'n Belangrike konsep in alkoholmisbruik-voorkoming is dat alkoholprobleme op 'n kontinuum voorkom, vanaf geheelonthouding, matige (of sosiale) gebruik van alkohol, misbruik of riskante gebruik tot afhanklikheid. Daar is egter nie eenstemmigheid in die literatuur oor wat veral misbruik van alkohol is nie. Die DSM 1V beskryf misbruik as een of meer van die volgende faktore wat oor 'n tydperk van 12 maande voorkom:

- Herhaalde gebruik van alkohol wat tot gevolg het dat belangrike rolle in die gesin, werk of skool nie vervul word nie.
- Herhaalde gebruik van alkohol in situasies waar gebruik fisies gevaarlik is.
- Herhaalde alkoholverwante regsprobleme.
- Voortdurende alkoholgebruik ten spyte van herhaalde sosiale, en interpersoonlike probleme wat veroorsaak is of vererger word deur die substansgebruik (Cacciola & Woody, 2005, p. 562).

***Afhanklikheid*** word beskryf as drie of meer van die volgende (Cacciola & Woody, 2005, p. 560):

- Toleransie (groter hoeveelhede alkohol is nodig om dieselfde effek te verkry).
- Onttrekkingsimptome (fisiese simptome van ongemak kom voor na kort periodes van soberheid).
- Onsuksesvolle pogings of 'n volgehoue begeerte om alkoholgebruik te staak of minder te drink.

- Baie tyd word bestee aan aktiwiteite om alkohol te bekom of om te herstel van die effek van alkoholgebruik.
- Belangrike sosiale-, beroeps- of ontspanningsaktiwiteite word verwaarloos as gevolg van substansgebruik.
- Voortdurende gebruik ten spyte van kennis van fisiese of sielkundige probleme wat veroorsaak of vererger word as gevolg van gebruik.

Die verskil tussen afhanklikheid en misbruik word dus hoofsaaklik getref in die aanwesigheid van toleransie en onttrekkingsimptome. Misbruik word ook dikwels beskryf in terme van die hoeveelheid drankies wat 'n persoon per geleentheid neem. Daar is ook verskille hieroor in die literatuur, maar vir die doel van hierdie studie word meer as drie drankies per geleentheid vir mans en meer as twee drankies per geleentheid vir vroue as misbruik beskou. 'n Drankie word beskou as 'n glas wyn (120 ml.), 'n klein bier (340 ml.) of 'n sopie spiritualieë (25 ml.).

**Formatiewe evaluering.** Formatiewe evaluering word beskryf as evaluering wat inligting aan rolspelers verskaf, met die oog op die verbetering van die program (Babbie & Mouton, 2001, p. 642).

**Programevaluering.** Programevaluering word deur Rossi, Freeman en Lipsey (1999, p. 4) beskryf as die gebruik van sosiaal-wetenskaplike navorsingsmetodes om die effektiwiteit van sosiale intervensie programme sistematies te ondersoek. Waar Rossi, Freeman en Lipsey die gebruik van wetenskaplike metodes in evaluering beklemtoon, plaas Scriven (2003) die klem op die doel van evaluering, nl. om die waarde van 'n program te bepaal en hy beskryf evaluering soos volg: "Professional evaluation is the systematic determination of merit, worth, and significance" (Scriven, 2003, p. 28). Rossi, Freeman en Lipsey (1999) se definisie is egter meer omvattend as die van Scriven en vir die doel van hierdie studie sal volstaan word met die definisie van Rossi, Freeman en Lipsey.

**Programteorie.** Chen (1990) beskryf 'n program as doelbewuste en georganiseerde pogings om in te gryp in 'n voortgaande sosiale proses ten einde 'n probleem op te los of 'n diens te lewer. "The question of how to structure the organized efforts appropriately and why the organized efforts lead to the desired outcomes imply that the program operates under some theory. Although this theory is frequently implicit or unsystematic, it provides general guidance for the formation of the program and explains how the program is supposed to work" (Chen, 1990, p. 39). Chen se definisie is belangrik ook omdat hy verwys daarna dat hier nie noodwendig sprake is van uitgebreide wetenskaplike teorieë nie, maar na teorieë

wat plaaslik ontwikkel word en waarde het vir die rolspelers. Die navorser sluit egter veral aan by Weiss (1972, 1997a, 1997b, 1998) wat programteorie sien as oorsaaklike teorie en nie as implementeringsteorie nie. Evaluering van programteorie behels dus, vir Weiss, nie die evaluering van die implementering nie, maar of die teorie agter die program korrek is, bv. of meer inligting wel lei tot houdingsverandering en uiteindelik tot gedragsverandering. Weiss (1997b, p. 46) beskryf programteorie soos volg: “Programmatic theory, on the other hand, deals with the *mechanisms* that intervene between the delivery of program service and the occurrence of outcomes of interest. It focuses on participants’ responses to program services. The mechanisms of change is not the program activities per se but the response the activities generate”.

**Voorkoming.** Lewis, Dana en Blevins (1998, p. 193) omskryf voorkoming soos volg: “Prevention refers to activities that reduce or stabilize the incidence (occurrence of new cases) of substance abuse and thereby reduce or stabilize its prevalence (the total number of cases). Pentz (1999) beskou voorkoming as enige aktiwiteit wat voorkom dat gebruik oorgaan in misbruik. Sy brei verder hierop uit deur te verwys na “...a more practical working definition of prevention that includes any program that has as its goal either delay of onset, delay of progression from lower to higher use prevalence (frequency) or consumption (amount), or decrease in use prevalence and consumption” (Pentz, 1999, p. 535). Die navorser sluit aan by die definisie van Pentz aangesien alkoholmisbruik ’n groot probleem in die werksplek is, en dit veral die vermindering van die aantal drinkgeleenthede en die vermindering van die hoeveelheid alkohol wat per geleentheid gebruik word, is wat positiewe gevolge kan hê vir die werkgewer en werknemer.

## 1.7 Uiteensetting van die tesis

Hoofstuk 1 dien as inleiding tot die tesis. In hoofstukke 2 en 3 word die literatuurstudie uiteengesit. Hoofstuk 2 handel oor die voorkoming van alkoholmisbruik, terwyl hoofstuk 3 handel oor progamevaluering. In hoofstuk 4 word die opname wat in die werksplek onderneem is om patrone van alkoholgebruik, redes vir alkoholgebruik en houding teenoor matige alkoholgebruik te bepaal, bespreek. Die ontwikkeling van die programteorie, die beskrywing van die program en die metodologie vir die evaluering van die program word in hoofstuk 5 weergegee. Hoofstuk 6 bevat die evaluering van die program. Die bevindinge en aanbevelings van die studie word in hoofstuk 7 bespreek.

## Hoofstuk 2

# DIE VOORKOMING VAN ALKOHOLMISBRUIK

### 2.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word 'n oorsig gegee van die literatuur oor die voorkoming van alkoholmisbruik. Eerstens word die aard van voorkoming bespreek met verwysing na begrippe wat dikwels i.v.m. voorkoming gebruik word. Tweedens volg 'n kort bespreking van die oorsake van alkoholmisbruik, aangesien benaderings tot voorkoming bepaal word deur die terapeut se beskouing van die oorsaak van die probleem. Derdens word algemene metodes van voorkoming bespreek en dit word gevolg deur 'n historiese oorsig oor die ontwikkeling van voorkomingsprogramme in die werksplek. In die vyfde plek volg 'n bespreking van verskillende benaderings wat tot voorkoming in die werksplek gevolg word. Hierdie afdeling is die kern van die hoofstuk en beslaan die grootste deel van die hoofstuk. In die sesde plek word daar gekyk na die waarde van voorkomingsprogramme en laastens word riglyne ontwikkel vir 'n teoriegebaseerde voorkomingsprogram vir die werksplek.

### 2.2 Die aard van voorkoming

Lewis, Dana en Blevins (1998, p.193) omskryf voorkoming soos volg: "Prevention refers to activities that reduce or stabilize the incidence (occurrence of new cases) of substance abuse and thereby reduce or stabilize its prevalence (the total number of cases)". Pentz (1999) beskou voorkoming as enige aktiwiteit wat voorkom dat gebruik oorgaan in misbruik. Sy brei verder hierop uit deur te verwys na "...a more practical working definition of prevention that includes any program that has as its goal either delay of onset, delay of progression from lower to higher use prevalence (frequency) or consumption (amount), or decrease in use prevalence and consumption" (Pentz, 1999, p. 535).

Bogenoemde definisies is insiggewend, aangesien gefokus word op misbruik. Alkoholgebruik is 'n integrale deel van die moderne samelewing en prohibisie word nie as 'n doelstelling van voorkoming aanvaar nie. Dit blyk ook dat die doelstelling nie is om misbruik uit te skakel nie, maar om dit te beperk. Pogings om misbruik uit te skakel sou waarskynlik 'n onrealistiese doelstelling wees.

Drie vorme van voorkoming word aangetref (Miller & Nirenberg, 1984; Howe, 1989; Pentz, 1999). *Primêre of universele voorkoming* is gerig op die voorkoming nog voordat daar enige

aanduiding van probleme is. Cellucci (1984) beskou primêre voorkoming as die verwydering van die oorsake van die probleme. Hierdie programme is dikwels op die jeug gerig en het as doelstelling die uitstelling van die ouderdom waarmee begin word om alkohol te gebruik, die bevordering van geheelonthouding by die jeug of die bevordering van gesonde en verantwoordelike besluitneming t.o.v. alkoholgebruik by die jeug. Primêre voorkoming kan ook op volwassenes gerig word, bv. in die werksplek of deur die media tot die algemene publiek.

*Sekondêre of selektiewe voorkoming* behels hulpverlening aan drinkers wat net begin om probleme te ervaar a.g.v. alkoholmisbruik. Daar word gefokus op hoë risiko gebruik. Die doel is om ernstige probleme te voorkom en geheelonthouding of verantwoordelike alkoholgebruik kan by hierdie groep 'n doelstelling wees. Sekondêre voorkoming word ook beskou as vroeë identifisering van probleme en hulpverlening (Cellucci, 1984; Vicary, 1994). Probleme wat voorkom kan word is gesinsverbrekking, werksprobleme, geweld, finansiële probleme, bestuur onder die invloed van alkohol, ongelukke, beserings en misdaad.

*Tersiêre of aangeduide voorkoming* is gerig op persone wat alkoholafhanklik is en hulpverlening nodig het. Al die probleme wat by die bogenoemde groepe genoem is, kom ook in hierdie groep voor. Daarbenewens ervaar hierdie groep dikwels ernstige gesondheidsprobleme en is hulle fisies afhanklik. Die navorser is van mening dat daar in die geval van tersiêre voorkoming eerder na hulpverlening of behandeling verwys moet word as voorkoming.

Die aard van die voorkomingsprogram word ook bepaal deur verskillende perspektiewe op die probleem (Robinson, 1982; Lewis et al., 1999). Die volgende perspektiewe word algemeen gehuldig:

- Sommige navorsers sien die probleem as **geleë in die persoon**. Indien op die alkoholafhanklike gefokus word, is die siening normaalweg dat daar twee groepe mense in die samelewing bestaan, nl. alkoholafhanklikes en normale alkoholgebruikers. Volgens hierdie benadering, het sommige persone, vanweë een of ander inherente kenmerk, 'n groter risiko om afhanklik te raak. Die siening stem ooreen met die siekte-konsep van alkoholafhanklikheid. 'n Verdere aanname is dat net 'n klein gedeelte van die bevolking alkohol-afhanklik is en dat die res van die bevolking nie deur die probleem geraak word nie. Daar word dus hoofsaaklik van sekondêre voorkoming gebruik gemaak en die wyse van voorkoming is vroeë

opsporing en hulpverlening. Die benadering word ondersteun deur Alkoholiste Anoniem en die meeste behandelingsfasiliteite in Suid-Afrika.

- Die probleem kan ook gesien word as **geleë in die gemeenskap**. Indien op die gemeenskap gefokus word, is die aanname dat die probleem lê in die wyse waarop alkohol in 'n gemeenskap gebruik word en die betekenis wat aan alkoholgebruik geheg word. Die fokus is op ongesonde gewoontes en houdings. Ongesonde gewoontes behels drankgebruik om probleme te oorkom, om 'n indruk van manlikheid te skep of om iemand in staat te stel om moeilike situasies te hanteer. Dit kom voor in situasies waar drankmisbruik die enigste aktiwiteit is in plaas van dat dit saamgaan met ander aktiwiteite, bv. die nuttiging van 'n maaltyd. Ongesonde houdings behels dat alle sosiale funksies noodwendig drinkgeleenthede moet wees, dat dronkenskap aanvaarbaar is en dat dronkenskap 'n verskoning is vir andersins onaanvaarbare gedrag. Die doelstelling van voorkoming is dan om meer gesonde gedrag en houdings t.o.v. alkoholgebruik aan te moedig.
- Die probleem kan voorts gesien word as die **alkohol self**. Volgens hierdie model word alkohol gesien as afhanklikheidsvormend en alle persone wat drink, as potensiële alkoholiste. Die prohibisie-era het uit hierdie benadering gespruit. 'n Meer moderne siening wat met hierdie benadering saamhang, is die verspreiding-van-konsumpsie-model. Volgens hierdie model word die aantal alkoholprobleme in 'n gemeenskap bepaal deur die hoeveelheid alkohol wat verbruik word. Hoe meer alkohol per capita verbruik word, hoe meer afhanklike persone en alkoholverwante probleme sal voorkom. Voorkoming is dus gerig daarop om die kwantiteit van alkoholverbruik in 'n gemeenskap te beperk. Dit kan gedoen word deur beheer uit te oefen oor die aantal en soort verkoopsunte, die dae en ure van verkoop, die ouderdom waarop alkohol aan 'n persoon verkoop mag word, die alkoholinhoud van die drankie en die prys van alkohol.

## 2.3 Die oorsake van alkoholgebruik

Aangesien voorkoming verband hou met die oorsake van alkoholmisbruik, word 'n kort bespreking van die oorsake hier gegee.

### 2.3.1 Biologiese oorsake

Die siekte-konsep van alkoholafhanklikheid het gedurende die vyftigerjare van die vorige eeu in Amerika ontstaan. Hiervolgens word alkoholafhanklikheid veroorsaak deur biologiese



eienskappe van die mens wat hom vatbaar maak vir alkoholafhanklikheid. Die belangrikste kenmerke kan soos volg opgesom word (Pattison, Sobell & Sobell, 1977).

- Alkoholafhanklikheid is 'n baie spesifieke eenvormige toestand. Dit verloop by alle persone op dieselfde wyse.
- Alkoholafhanklike persone is essensieel verskillend van nie-afhanklikes. Die alkoholafhanklike het vermeende biologiese of sielkundige eienskappe wat normale alkoholgebruik onmoontlik maak.
- Alkoholafhanklike persone het 'n onbeheerbare drang na alkohol en het kontrole oor inname verloor.
- Die verlies aan kontrole is onomkeerbaar. Alkoholafhanklikheid kan nie genees word nie, slegs in bedwang gehou word deur geheelonthouding.
- Alkoholafhanklikheid is 'n progressiewe siekte wat ontwikkel volgens bepaalde fases, nl. die vroeë alkoholiese fase, die kritieke fase en die chroniese fase.

Die siekte-konsep het die veld van alkoholafhanklikheid vir 'n lang tyd oorheers (Pattison, Sobell & Sobell, 1977). In Amerika en Suid-Afrika is die meeste hulpverlenings- en voorkomingsprogramme steeds op hierdie konsep gevestig. Ernstige kritiek het egter teen die siekte-konsep ontstaan nadat wetenskaplike betroubare studies aan die lig gebring het dat sommige alkoholafhanklike persone wel in staat is om normaal te drink nadat hulle soberheid bereik het (Heather & Robertson, 1997). Alhoewel die siekte-konsep nie soveel steun geniet in sy oorspronklike vorm nie, is daar navorsingsresultate wat daarop dui dat genetiese faktore wel 'n rol speel in die ontstaan van alkoholprobleme. Tweeling- en aannemingstudies bevestig die rol van oorerflikheidsfaktore in alkoholafhanklikheid. Volgens Lin en Anthenelli, (2005) vergelyk tweeling-studies die verskille tussen identiese tweelingpare en nie-identiese tweelingpare. Die teorie is dat identiese tweelingpare meer van dieselfde gene deel as nie-identiese tweelingpare en dat daar dus 'n groter ooreenkoms moet wees tussen afhanklikheid by identiese tweelingpare indien genetiese faktore wel 'n rol speel. Volgens Lin en Anthenelli (2005) het verskillende navorsers wel so 'n verskil gevind, veral wat betref manlike tweelinge. Ook wat betref aannemingstudies is gevind dat seuns van alkoholiese ouers vier maal meer geneig was om ook alkoholafhanklik te wees, ongeag of hulle deur nie-afhanklike aanneem-ouers of deur biologiese ouers grootgemaak is. Verdere studies het dieselfde neiging by vroulike kinders gevind (Lin & Anthenelli, 2005). Genetiese risiko-faktore vir alkoholmisbruik is onlangs geïdentifiseer (Cloninger, 2004). Volgens Schuckit (2000) en Schuckit en Tapert (2004) kan genetiese faktore op meer as een

vlak 'n rol speel in die ontstaan van afhanklikheid: Die metaboliese verwerking van alkohol is geneties bepaal, persoonlikheidsfaktore soos impulsiwiteit en antisosiale trekke het genetiese invloed en die reaksie op alkohol is geneties bepaal. Sommige persone kan bv. meer alkohol inneem voordat hulle die effek daarvan toon en het dus 'n groter risiko om afhanklik te raak. Schuckit en Tapert (2004) beweer selfs dat genetiese faktore 60% van die veranderlikheid in risiko vir afhanklikheid voorspel. In hulle beskrywing van die behandeling van alkoholprobleme sien Schuckit en Tapert (2004) egter nie geheelonthouding as enigste behandelingsdoelwit nie en verwys hulle na die vermindering van alkoholgebruik as 'n doelstelling.

Die verslawende effek van substansie word verduidelik in terme van die sentrale senuweestelsel en die effek wat substansie op die neurotransmitters in die brein het. Dit word algemeen aanvaar dat substansie positiewe gevoelens verhoog deur stimulering van die afskeiding van 'n neurotransmitter soos dopamien. Indien die dopamien in die brein afneem, moet die persoon meer substansie gebruik om dieselfde effek te verkry. Die dopamien word later uitgeput en gevoelens van depressie ontstaan. Die persoon is dan nie meer in staat om normale positiewe gevoelens te ervaar nie (Hansen, Venturelli & Fleckenstein, 2002).

### **2.3.2 Psigologiese oorsake**

Persoonlikheidsfaktore wat lei tot alkoholafhanklikheid kan nie met sekerheid geïdentifiseer word nie (Trice & Sonnenstuhl, 1990). Die resultate van studies wat in hierdie verband gedoen is, verskil. Tog word antisosiale persoonlikheidstreke, nie-konformiteit, aggressiwiteit, impulsiwiteit, 'n lae selfbeeld, gevoelens van depressie en onvolwassenheid geassosieer met 'n groter risiko om alkoholprobleme te ontwikkel. Die belangrikheid van persoonlikheidsfaktore in die ontstaan van alkoholprobleme word erken, maar persoonlikheidsfaktore word gesien as bydraend tot 'n multifaktoriale siening van die ontstaan van alkoholprobleme.

Alkoholmisbruik word, volgens die spanningsverminderingsteorie, gesien as 'n aangeleerde gedragsvorm om spanning te verminder of om te ontsnap uit 'n onaangename situasie. Alkohol bied vinnige verligting van spanning wat lei tot positiewe versterking van drinkgedrag (Cappell & Greeley, 1987; Albertyn & McCann, 1993). Volgens Cappell en Greeley (1987) het navorsers ondersteuning gevind vir die spanningsverminderingsteorie, maar slegs in 'n beperkte mate. Dit is bv. veral in konfliktsituasies waar die gebruik van alkohol wel lei tot die vermindering van spanning. Farber, Khavari en Douglass (1980) het gevind dat daar veral 'n verband bestaan tussen hoë alkoholverbruik en die gebruik van alkohol om aan negatiewe

emosies en situasies te ontsnap. Hoë alkoholverbruikers drink dus eerder vir ontvlugting as vir positiewe versterking (bv. om sosiale verkeer te vergemaklik). Daar kan ook biologiese verskille wees wat sommige individue meer vatbaar maak vir die spanningsvermindering effek. Dikwels is dit ook die *verwagting* van 'n spanningsvermindering effek wat 'n rol speel eerder as die gebruik van alkohol self. Die spanningsverminderingteorie is nie op sigself voldoende om alkoholmisbruik te verklaar nie, maar kan 'n belangrike bydraende faktor wees.

Die tradisionele vroeë psigoanalitiese standpunt het afhanklikheid verbind met onbewuste seksuele en aggressiewe drange en die bevrediging van infantiele behoeftes (Louw & Gouws, 1989; Khantzian, Dodes, & Brehm, 2005). Hierdie teorieë het egter verder ontwikkel in ooreenstemming met die ontwikkeling van moderne psigoanalitiese teorieë. In aansluiting by die moderne psigoanalitiese teorieë, beskryf Khantzian, Dodes en Brehm (2005) alkoholmisbruik as 'n reaksie op menslike lyding. Volgens hierdie skrywers dui afhanklike persone dikwels aan dat substansgebruik hulle “normaal”, “kalm”, “ontspanne,” “lewendig” en “vol energie” laat voel. Hulle ervaar dan ook nie gevoelens van angstigheid nie, is nie oorweldig nie en nie buite beheer nie. Verslawing word dus gesien as “self-medikasie” om aan lyding te ontsnap.

Volgens die interaksionele teorie (Sadava, 1987) moet die oorsake van alkoholmisbruik nie net in die persoon of in die omgewing gesoek word nie, maar wel in die interaksie tussen die twee. Gedrag word bepaal deur die proses van interaksie tussen die persoon en sy omgewing. Die persoon word gesien as 'n aktiewe rolspeler en nie as 'n slagoffer van sy omstandighede nie. Die persoon word beïnvloed deur affektiewe-, motiverings- en kognitiewe faktore. Die situasie word gedefinieer in terme van die sielkundige betekenis wat dit vir die persoon het. Hierdie teorie slaag daarin om die multifaktoriale aard van die oorsake van alkoholmisbruik weer te gee. Baie faktore speel 'n rol in die ontstaan van alkoholmisbruik, bv. sosialisering, sosiale status, persoonlikheids-, omgewings-, kulturele-, intrapersoonlike-, interpersoonlike-, biologiese- en kognitiewe faktore.

Kognitiewe gedragsverandering teorie kan beskou word as 'n interaksionele teorie. Persoonlike faktore, omgewingsfaktore en gedrag het 'n wederkerige invloed op mekaar (Abrams & Niaura, 1987). Die kognitiewe gedragsverandering benadering erken die rol wat biologiese faktore speel in die ontstaan van alkoholprobleme, maar sien die mens as 'n aktiewe, doelbewuste wese, eerder as 'n passiewe slagoffer van omstandighede. Gevolglik word kognitiewe faktore as baie belangrik beskou in die ontwikkeling van alkoholprobleme.

Bandura (1969, p. 547) verskaf die volgende definisie van alkoholafhanklikheid: "From a social learning point of view, alcoholics are people who have acquired, through differential reinforcement and modeling experiences, alcohol consumption as a widely generalized dominant response to aversive stimulation. Therapeutic attention would therefore be most profitably directed toward reducing the level of aversive stimulation experienced by individuals and toward eliminating alcohol stress responses either directly or preferably, by establishing alternative modes of coping behaviour".

Die volgende word as belangrike beginsels beskou in 'n kognitiewe gedragsverandering teorie van alkoholgebruik en misbruik (Abrams & Niaura, 1987).

- Die aanleer van alkoholgebruik is 'n integrale deel van psigososiale ontwikkeling en sosialisering binne 'n kulturele omgewing. Drinkgewoontes en houdings teenoor alkoholgebruik word gevorm deur die sosiale invloed van die kultuurgroep, familie en portuurgroep.
- Individuele verskille kan inwerk op sosialisering en sodoende drinkpatrone bepaal. Hierdie individuele verskille kan biologies of psigologies van aard wees. Genetiese faktore mag die risiko van alkoholmisbruik verhoog.
- Direkte ervaring met alkohol speel ook 'n rol om alkoholgebruik en –misbruik te bepaal. Die verligting van spanning en die ervaring van gemaklike sosiale interaksie na gebruik van alkohol, kan lei tot verdere gebruik of misbruik.
- Alkoholmisbruik sal bevorder word indien 'n persoon leer dat dit hom help om 'n moeilike situasie te hanteer wat hy nie op 'n ander wyse kan hanteer nie. Die risiko van voortgaande alkoholmisbruik is hoog, indien die persoon nie alternatiewe, meer funksionele metodes van hantering aanleer nie.
- Indien alkoholmisbruik voortduur, ontstaan die gevaar van fisiese of sielkundige afhanklikheid. In hierdie stadium mag die misbruik van alkohol versterk word deur die vrees vir onttrekkingsimptome.
- Misbruik van alkohol het sosiale gevolge wat lei tot isolasie en 'n gebrek aan ondersteuningstelsels. Alkoholmisbruik het dus gevolge vir die omgewing. Die verlies aan ondersteuning plaas ekstra spanning op die afhanklike persoon en 'n kringloop van misbruik en negatiewe gevolge ontstaan.
- Die invloed van die verskillende oorsaaklike faktore verskil van persoon tot persoon en van situasie tot situasie. Daar is geen noodsaaklike kombinasie van oorsaaklike faktore wat noodwendig sal lei tot alkoholmisbruik nie. D.w.s. daar is geen enkele

genetiese faktor, persoonlikheidstrek of omgewingsfaktor wat noodwendig tot misbruik lei nie. Daar is ook nie 'n noodwendige vordering deur verskillende stadia van alkoholafhanklikheid nie. "Put another way, it is assumed that there are multiple biopsychosocial pathways to alcohol use, abuse, and recovery, subject to the same principles of social learning" (Abrams & Niaura, 1987, p.140).

- Rehabilitasie sal afhang van die individu se vermoë om alternatiewe vorme van hantering van moeilike situasies aan te leer. Algemene vaardighede om alledaagse situasies te hanteer is nodig, sowel as spesifieke vaardighede om alkoholgebruik te reguleer. Die individu moet inter- en intrapersoonlike vaardighede aanleer en oefen sodat hy selfvertroue ontwikkel om moeilike situasies te hanteer. Die individu moet self-refleksie ontwikkel sodat hy potensieel moeilike situasies kan identifiseer. Hy moet leer om bevrediging te kan uitstel. Onrealistiese verwagtinge oor alkoholgebruik moet vervang word met meer realistiese verwagtinge wat die langtermyn negatiewe gevolge van misbruik insluit. Persone met besonder ernstige probleme en hoë risiko-faktore, sal waarskynlik die beste baat by geheelonthouding. Ander persone kan geleer word om alkoholgebruik te beheer.

Abrams en Niaura (1987, p.140) som die bogenoemde beginsels soos volg op: *Ultimately, the central thesis of SLT of alcohol use is that responsible alcohol use depends on cognitive self-regulation in a stressful world where many "Quick Fixes" are readily available.*

### **2.3.3 Sosiokulturele oorsake**

Alkoholmisbruik kom by alle vlakke van die samelewing voor. Tog is dit bekend dat alkoholprobleme meer by mense met laer sosio-ekonomiese status voorkom as by mense met hoër status. Roman (1982) en Trice en Sonnenstuhl (1990) beskryf die rol wat sosiale deprivasie in die ontstaan van alkoholprobleme speel. Volgens die sosiale deprivasie-teorie word die laer sosio-ekonomiese groepe gekonfronteer met norme van ekonomiese sukses van die samelewing. Hulle beskik egter nie oor die geleenthede om sukses te behaal nie en reageer dan hierop deur afwykende gedrag. Hierdie afwykende gedrag kan beteken dat die persoon die norme van die samelewing verwerp, sowel as die aanvaarde maniere waarop hierdie norme bereik moet word. In die geval van alkoholafhanklikheid beteken dit dat die afhanklike sy rol as broodwinner en familielid verwerp en verkies om te ontvlug in afhanklikheid.

Sosio-kulturele oorsake hang ook saam met drinkpatrone in die kultuurgroep en sosiale druk om alkohol te gebruik. Volgens Roman (1982) behels die differensiële assosiasie-teorie dat herhaalde episodes van alkoholmisbruik lei tot sosiale uitsluiting. Die persoon word uitgesluit van normale sosiale verkeer aangesien sy gedrag konflik en verleentheid veroorsaak. Dit lei daartoe dat die persoon feitlik uitsluitend assosieer met ander drinkers. Die gevolg is gereelde besoek aan drinkplekke en omgewings waar alkohol beskikbaar is en toenemende alkoholgebruik. Die sosiale etiketteringsteorie stel dat episodes van afwykende gedrag lei tot formele etikettering, bv. as 'n alkoholis. Hierdie etikettering het weer gevolge vir die persoon se selfbeeld. Die persoon verander dan sy gedrag om by die selfbeeld te pas en sal dan bv. meer drink. Ander persone in die betrokke omgewing begin ook teenoor hom optree volgens die etiket wat aan hom toegedig is en versterk dus die uitwerking van die etikettering.

Daarbenewens speel gesinsfaktore ook 'n rol in die ontstaan van alkoholprobleme. Die gedrag wat ouers modelleer sowel as die gehalte van die ouer-kind verhouding, kan 'n belangrike rol speel in probleemdrinkery. Faktore soos huweliksprobleme, egskending en die dood van 'n huweliksmaat kan beskou word as bydraende faktore in die ontstaan van 'n drankprobleem (Louw & Gouws, 1989).

Verskeie oorsaaklike modelle van afhanklikheid is in hierdie afdeling bespreek. Die siekte-model geniet wye ondersteuning en het daartoe bygedra dat die stigma rondom alkoholafhanklikheid verminder het. Die siekte-konsep het egter ook daartoe gelei dat hulpverlening tot 'n klein groep afhanklike persone beperk is en baie probleemdrinkers uitgesluit is van hulpverlening. Dit blyk dat verskeie faktore bydra tot die ontstaan van die probleem en dat sielkundige en sosiologiese faktore ook 'n belangrike rol speel. Daar kan dus gepraat word van 'n biopsigososiale model van afhanklikheid wat die multifaktoriale aard van die oorsake van alkoholmisbruik erken (Fisher & Harrison, 2000).

## **2.4 Algemene metodes van voorkoming**

Algemene metodes van voorkoming behels die regulering van die beskikbaarheid van alkohol, formele en sosiale regulering van gedrag, opvoedkundige programme, die beveiliging van die omgewing en gemeenskapsgebaseerde metodes van voorkoming.

### 2.4.1 Die regulering van die beskikbaarheid van alkohol

Ledermann se bekende enkel-verspreidingsteorie, soos bespreek deur Smart en Mann (1995) en Heather en Robertson (1997) behels dat daar 'n direkte verband bestaan tussen die per capita gebruik van alkohol in 'n gemeenskap en die aantal afhanklike persone en alkoholverwante probleme wat ervaar word. Ledermann was 'n Franse wiskundige wat gedurende die 1950's geskryf het. Hy het redeneer dat die verspreiding van alkoholgebruik in 'n gemeenskap nie 'n normale verspreiding sou volg nie. Sy redenasie behels dat dit nie moontlik is om minder as niks te drink nie. 'n Normale verspreiding sou dus behels dat die boonste limiet van verbruik twee maal die gemiddelde verbruik sou wees. Dit was egter reeds bekend dat swaar verbruikers baie meer drink as twee maal die gemiddelde alkoholgebruik. Ledermann het dus redeneer dat die verspreiding skeef na regs sou wees. Volgens hierdie verspreiding drink die grootste deel van die bevolking niks of baie min alkohol, 'n kleiner deel van die bevolking drink ietwat meer en 'n baie klein groep gebruik groot hoeveelhede alkohol. Ledermann se model is bevestig deur data van 'n groot verskeidenheid van bevolkings. Hy het verder bevestig dat die variansie rondom die gemiddelde konstant was vir verskeie bevolkings. M.a.w. die verspreiding rondom die gemiddelde sou dieselfde bly, ongeag die gemiddelde alkoholverbruik van 'n bevolking. Die model word die enkelverspreidingsteorie genoem, omdat slegs die gemiddelde verbruik kan verskil. Twee belangrike gevolgtrekkings kan van hierdie teorie gemaak word. Eerstens, aangesien daar 'n vaste verband is tussen die gemiddelde alkoholverbruik en die aantal persone wat bokant 'n sekere perk drink, sou dit dus moontlik wees om die aantal hoë verbruikers te voorspel as die gemiddelde alkoholverbruik bekend was. Tweedens indien die gemiddelde verbruik afneem, sou die aantal persone met hoë verbruik en met erge alkoholverwante probleme ook afneem. Alhoewel daar kritiek is op die model, word die verhouding tussen verbruik en die aantal alkoholverwante probleme in 'n gemeenskap wyd aanvaar (Heather & Robertson, 1997; Parry & Bennetts, 1998). Na aanleiding van hierdie model word dus baie klem gelê op voorkoming deurdat die beskikbaarheid van alkohol beperk word.

Die beskikbaarheid van alkohol kan verstaan word in terme van fisiese, ekonomiese en sosiale beskikbaarheid. Fisiese beskikbaarheid verwys na die hoeveelheid en digtheid van verkoopsunte waar alkohol beskikbaar is in 'n gemeenskap, die ure per dag en dae van die week waarop alkohol verkoop mag word, die minimum ouderdom waarop 'n persoon alkoholiese drankies mag koop, die grootte van die houer waarin alkohol verkoop word en die konsentrasie van alkohol per volume drank. Ekonomiese beskikbaarheid verwys na die prys van alkohol in vergelyking met besteebare inkomste. Sosiale beskikbaarheid verwys na

die aanvaarbaarheid van alkoholgebruik in die gemeenskap, die bevordering van alkoholgebruik deur advertensie en die media en borgskappe van sportspanne deur die alkoholindustrie wat verbruik kondoneer en stimuleer.

Die staat reguleer die gebruik van alkohol deur belastings en lisensies. Riglyne word neergelê vir die inhoud en kwaliteit van alkoholiese drank. Verkoopsure en die aantal verkoopsunte word ook geregleer. Die ouderdom waarop 'n persoon alkohol mag koop, word deur wetgewing bepaal.

Moskowitz (1989) het 'n literatuurstudie gedoen oor die effek van die beskikbaarheid op die hoeveelheid alkohol wat gebruik word. Hy kom tot die gevolgtrekking dat beskikbaarheid wel 'n effek het op die hoeveelheid bier en spiritus wat gebruik word. Minder alkohol is ook in state verkoop waar die prys hoër was. Die effek van prys op verbruik is ook bevestig deur kwasi-eksperimentele en ekonometriesse studies en dit wil voorkom asof daar 'n oorsaaklike verband is. Die verbruik van wyn neem ook toe met 'n afname in prys. Volgens Holder (2004) bestaan daar betroubare bewys vir die effektiwiteit van die volgende tipe intervensies:

- Die verhoging van die prys van alkohol.
- Die verhoging van die minimum ouderdom waarop alkohol aan minderjariges verkoop mag word.
- Beperking op die aantal dae en ure van verkope.
- Beperkinge van die aantal verkoopsunte.

#### **2.4.2 Formele en sosiale regulering van gedrag**

Wetgewing maak voorsiening vir die beheer van die publiek se gedrag deurdat openbare dronkenskap en die bestuur van 'n voertuig onder die invloed van alkohol bv. verbied word. Skole, godsdienstige instellings en werksplekke het reëls en regulasies wat die gebruik van alkohol deur hulle lede reguleer.

Volgens hierdie metode word alkoholmisbruik verhoed deurdat afwykende gedrag gestraf word. Die afskrikmodel van voorkoming is slegs nagevors met betrekking tot die bestuur onder die invloed van alkohol (Moskowitz, 1989). Daar word onderskei tussen 'n algemene afskrikkingmodel en 'n korttermyn afskrikkingmodel. Volgens die algemene model leer mense om wette te gehoorsaam deur positiewe gedrag te internaliseer deur middel van morele opvoeding en die aanleer van goeie gewoontes. Die korttermyn model veronderstel



dat mense wette gehoorsaam om straf te vermy. Drie faktore dra by tot die doeltreffendheid van die straf. Dit moet vinnig toegepas word, swaar genoeg wees en die straf moet seker wees. Daar is bewys gevind dat die toepassing van wette i.v.m. drink en bestuur gelei het tot 'n korttermyn afname in die aantal ongelukke wat voorgekom het. Die korttermyn impak van die intervensie word daaraan toegeskryf dat daar gewoonlik baie publisiteit is met die inwerkingstelling van die wette. Indien dit op die langtermyn blyk dat die wette nie konsekwent toegepas word nie en dat daar min vervolging is, verdwyn die waarde van die afskrikmiddel. Die waarde van formele kontrole lê daarin dat dit informele sosiale kontrole versterk. Holder (2004) noem dat studies aangetoon het dat streng optrede teen drink-en-bestuur oortreders en die vestiging van laer bloedalkoholvlakke vir motorbestuurders effektiewe vorme van voorkoming is.

### **2.4.3 Opvoedkundige voorkomingsprogramme**

Volgens Moskowitz (1989) word opvoedkundige voorkomingsprogramme hoofsaaklik gebaseer op 'n sosio-kulturele model wat dui op die verband tussen norme i.v.m. alkoholgebruik in 'n gemeenskap en die voorkoms van alkoholmisbruik. Volgens hierdie model dra die totstandkoming van norme wat duidelike voorskrifte verskaf oor die gebruik van alkohol, by tot die vermindering van misbruik. Daar word bv. daarop gewys dat in gemeenskappe waar alkohol as integrale deel van godsdienstige en familiefeeste gebruik word, maar waar streng taboes teen dronkenskap bestaan (bv. in Joodse gemeenskappe), daar minder alkoholprobleme voorkom. Voorskrifte moet positief wees, eerder as negatief, m.a.w. die korrekte gebruik van alkohol moet aangemoedig word, eerder as dat daar net gewaarsku word teen gebruik. Die meeste opvoedkundige programme is op die jeug gerig, maar sommige programme word ook in die werksplek en in gemeenskappe aangebied. Die media word benut om die totale bevolking op te voed. Programme word ook aangebied om mediese personeel, onderwysers en kroegpersoneel op te lei en in staat te stel om op te tree t.o.v. probleemdrinkery en dit te voorkom.

Wallerstein en Bernstein (1988) beskou bemagtigende opvoeding as 'n effektiewe wyse van gesondheidsbevordering en alkoholmisbruikvoorkoming. Volgens Wallerstein en Bernstein (1988) is die idee van bemagtiging in opvoeding gegrond op die werk van die Brasiliaanse opvoedkundige, Paulo Freire. Bemagtiging word gesien as 'n proses van sosiale aksie wat die deelname van mense, organisasies en gemeenskappe bevorder en hulle in staat stel om beheer oor hulle lewe te verkry. Die proses van bemagtigende opvoeding behels dat groepe mense hulle probleme identifiseer, die historiese en sosiale oorsake van die probleme assesser, 'n visie ontwikkel van 'n gesonder samelewing en strategieë ontwikkel om

struikelblokke te oorkom en hulle doel te bereik. Laer sosio-ekonomiese status word verbind met 'n toename in morbiditeit en mortaliteit. Ontmagtiging en die verlies van beheer verhoog die risiko van gesondheidsprobleme (Wallerstein & Bernstein, 1988).

Hierdie beginsels en metodes is toegepas in 'n alkoholvoorkomingsprogram in New Mexico (Wallerstein & Bernstein, 1988). Die *Alcohol substance abuse prevention* (ASAP) program fokus op hoërskoolleerlinge uit 'n minderbevoorregte gemeenskap. Die kinders besoek 'n noodeenheid en gevangenis waar hulle gesels met pasiënte en gevangenes wat alkoholprobleme het. Hulle neem ook deel aan 'n opvoedkundige program waar hulle sosiale vaardighede aanleer. Skoliere voer ook onderhoude met familie en gemeenskapsleiers om meer kennis van die probleem op te doen. Die ondervindinge van die studente word in klein groepe bespreek (dialoog-fase). Die finale fase behels die uitdaging aan deelnemers om aksie te neem met betrekking tot die probleem. Volgens die skrywers is 'n kwantitatiewe evaluering van die program gedoen en is gevind dat skoliere in die eksperimentele groep se persepsie van die risiko van drink en bestuur verbeter het. Die evaluering is gedoen agt maande nadat die program geïmplementeer is. Bemagtigende opvoeding kan moontlik 'n rol speel in die bestryding van die dwelmproebleem wat tans in die Kaapse vlakte ervaar word, aangesien die gemeenskap reeds getoon het dat hulle gereed is om betrokke te raak by die probleem.

Skoolgebaseerde opvoedkundige programme word reeds sedert die 1880's in Amerika geïmplementeer. Geheelonthouding is aanvanklik voorgestaan en leerlinge is gewaarsku teen die gevare van alkoholgebruik. Daar is gebruik gemaak van metodes van afskrikking (*scare tactics*) en dit het daartoe gelei dat korrekte feitelike inligting nie altyd oorgedra is nie (Beck 1998). Gedurende die 1950's het daar 'n verskuiwing gekom na die aanleer van verantwoordelike besluitnemingsvaardighede. Daar is nie meer uitsluitlik gefokus op geheelonthouding en afskrikkingstegnieke nie en meer objektiewe inligting is verskaf. Die klem was op die uitstel van die aanvang van alkoholgebruik. Met die toename in die gebruik van dwelmmiddels en die verklaring deur president Nixon van die "War on Drugs", is teruggekeer na vroeëre metodes van afskrikking en geheelonthouding. Gedurende die 1990's is weer besef dat verantwoordelike besluitneming, as die doel van opvoedkundige programme, baie waarde het (Milgram, 1996). Dit verwyder die dubbele waardes wat bestaan t.o.v. alkoholgebruik, verskaf ondersteuning vir adolessente wat met moeilike situasies gekonfronteer word, verbeter kommunikasie met ouers en maak die gebruik van verskeie opvoedkundige metodes moontlik. Volgens Beck (1998) is dit nodig dat programme ter voorkoming van die skadelike gevolge van misbruik (*harm reduction*) geformuleer en

geëvalueer word. Volgens hom moet daar wegbeweeg word van die metodes van geheelonthouding (*Just say no*) tot metodes wat verantwoordelike besluitneming bevorder (*Just say know*).

Skoolgebaseerde opvoedkundige programme ter voorkoming van alkoholmisbruik is gebaseer op een van die volgende gedragsveranderingsmodelle:

- Die kennis/houding model is gebaseer op die aanname dat meer kennis sal lei tot 'n verandering in houding wat weer sal lei tot gedragsverandering. Hierdie model is die algemeenste gebruik in voorkomingsprogramme. Botvin en Griffen (2005) verklaar dat geen evalueringstudies enige positiewe effek van die verspreiding van inligting op substansmisbruik gevind het nie. Substansmisbruik is 'n komplekse probleem en die kennis/houding model is gegrond op 'n onvolledige begrip van die faktore wat bydra tot substansmisbruik.
- Die waarde/besluitnemingmodel het ten doel om deelnemers te help om duidelikheid oor hulle eie waardes en behoeftes te verkry en om insig te bekom oor die rol wat alkohol speel in die vervulling van die behoeftes. Selfkennis en verantwoordelike besluitneming word aangemoedig. Daar word gefokus op die verbetering van verhoudinge, effektiewe kommunikasie, portuurgroep-berading en assertiwiteit. Die ontwikkeling van norme i.v.m. substansgebruik vorm ook 'n belangrike komponent van hierdie benadering. Botvin en Griffen (2005) het ook min bewys van effektiwiteit in studies gevind waar hierdie model gebruik is.
- Die alternatiewe aktiwiteite model trag om adolessente van alternatiewe vorme van ontspanning en aktiwiteite te voorsien om substansmisbruik te voorkom. In gemeenskappe is daar bv. jeugsentrums tot stand gebring waar verskillende programme, bv. sport, akademiese aktiwiteite, stokperdjies ens aangebied is. Botvin en Griffen (2005) wys daarop dat sommige aktiwiteite (bv. sosiale aktiwiteite) gepaard gaan met alkoholgebruik. Die meeste van hierdie aktiwiteite het geblyk oneffektief te wees. Een studie het wel getoon dat 'n fiksheidsprogram die gebruik van sigarette en alkohol kan verminder (Botvin & Griffen, 2005).
- Die sielkundige "inenting" model word toegeskryf aan die werk van Evans en sy kollegas gedurende die 1970s, soos bespreek deur Botvin en Griffen (2005). Hiervolgens word leerders geleer om sosiale druk om te rook te weerstaan. Leerders word geleer watter argumente die media en hulle portuurgroep gebruik om hulle te beïnvloed om te rook en word vaardighede geleer om hierdie druk te weerstaan.

Hierdie model was die eerste wat werklik as suksesvol beskryf kon word en het gelei tot hernieude belangstelling in voorkomingstudies.

- Die “inenting” model het gelei tot die sosiale invloede programme wat leerders bewus maak van die sosiale invloede en hulle leer het om weerstand te bied teen hierdie invloede. Klem word gelê op die identifisering van negatiewe invloede vanuit die sosiale omgewing en die hantering van sulke invloede. Daar word baie van portuurgroep-leiers gebruik gemaak in die aanbieding van die programme. Verkeerde persepsies, bv. dat substansmisbruik wyd verspreid is, word weerlê deur feitelike inligting. Leerders in die junior fase van die hoërskool word betrek. Evalueringstudies het aangetoon dat sukses behaal is met hierdie model, maar dat die effek nie volgehou is op die langtermyn nie.

Ander studies het geen positiewe effek gevind nie. Dit is veral die program DARE (Drug Abuse Resistance Education) wat dikwels geëvalueer is en waarvoor geen positiewe langtermyn resultate gevind kon word nie (Clayton, Cattarello & Johnstone, 1996). DARE is 'n skoolgebaseerde program wat in die laaste jaar van die laerskool aangebied word. Dit is die wydverspreidste voorkomingsprogram in die Verenigde State. Die program bevat elemente van opvoeding oor substansie, lewensvaardighede opleiding en sosiale invloed benaderings. Dit word deur polisiemanne aangebied in die klaskamer. Daar word van lesings sowel as interaktiewe aanbiedingsmetodes gebruik gemaak. Die skrywers kom tot die gevolgtrekking dat die teleurstellende resultate daarop dui dat programme spesifiek op risiko-faktore moet fokus, opvolgsessies moet insluit en meer aandag moet gee aan die verband tussen alkoholgebruik, die ontwikkelingsfase van die adolessent en die sosiale omgewing. Gorman (1992) beklemtoon dat spesifieke programme ontwikkel moet word op grond van die spesifieke behoeftes van die teikengroep. Dit veronderstel dat basiese navorsing nodig is oor die teikengroep en patrone van alkoholgebruik by die teikengroep. In plaas van universele programme moet programme opgestel word in terme van 'n teoretiese model wat gerig is op 'n spesifieke teikengroep.

Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin en Diaz (1995) en Botvin en Griffen (2005) het baie sukses behaal met programme wat 'n sosiale vaardighede benadering alleen of in kombinasie met die voorafgaande sosiale invloede benadering volg. Die programme is gegrond op 'n kognitiewe gedragsverandering benadering. Volgens Botvin en Griffen (2005) is kinders met swak persoonlike en sosiale vaardighede meer vatbaar vir sosiale invloede en meer geneig

om substansie te misbruik omdat hulle nie oor alternatiewe hanteringsvaardighede beskik nie. Die vaardighede wat aangeleer word sluit gewoonlik sommige van die volgende in:

- Probleemoplossing en besluitneming.
- Kognitiewe vaardighede om druk van media en die sosiale omgewing te weerstaan.
- Vaardighede om self-kontrole en selfwaarde te verhoog.
- Vaardighede om spanning en angs te hanteer.
- Algemene sosiale vaardighede.
- Algemene assertiewe vaardighede.

Die vaardighede wat aangeleer word het wyer toepassingsmoontlikhede as slegs substansmisbruik. Die vaardighede moet egter ook spesifiek in verband gebring word met substansmisbruik en gevolglik is die kombinasie van algemene lewensvaardighede en die vaardighede om weerstand te bied, meer suksesvol. Opvolgssessies is nodig om vaardighede vas te lê. Verskeie eksperimentele studies het getoon dat hierdie metodes effektief is in die voorkoming van substansmisbruik. Volgens Botvin en Griffen (2005) het die studies ook 'n verbetering getoon in die tussenkomende veranderlikes, bv. kennis en houding, assertiwiteit, lokus van kontrole, angstigheid, selfwaarde, besluitneming, en probleemoplossing. Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin en Diaz (1995) beskryf een van hierdie studies. Die studie het 56 skole en 3597 leerlinge ingesluit. Skole is op toevallige wyse toegewys aan eksperimentele groepe en kontrole groepe. Die eksperimentele groep het die intervensie ontvang wat 15 sessies in graad 7, 10 sessies in graad 8 en 5 sessies in graad 9 ingesluit het. Die kinders is in graad 12 weer getoets. Daar was betekenisvolle vermindering van substansgebruik vir die eksperimentele groep in vergelyking met die kontrolegroep. Die skrywers kom tot die gevolgtrekking dat substansvoorkomingsprogramme wat in die junior hoërskoolfase aangebied word, 'n betekenisvolle en langdurige effek kan hê indien 'n kombinasie van lewensvaardighede en sosiale invloede vaardighede aangeleer word, indien die programme goed geïmplementeer word en indien daar vir ten minste twee jaar opvolgssessies aangebied word. Dit is opvallend dat die program baie volledig was en dat opvolgssessies aangebied is. Dit is moontlik dat die sukses van die program daaraan toegeskryf kan word dat dit nie 'n eenmalige aanbieding was nie, maar dat die "dosis" sterk genoeg was om 'n langtermyn effek te hê.

#### **2.4.4 Beveiliging van die omgewing**

Navorsers in verskeie voorkomingsvelde, bv. ongeluksvoorkoming, verkeersveiligheid en alkoholvoorkoming het voorgestel dat 'n veiliger omgewing sal lei tot minder probleme a.g.v. alkoholmisbruik en dat dit makliker is om die omgewing te verander as die persoon. Dit is 'n vorm van passiewe voorkoming aangesien die omgewing verander word sodat hoë risiko persone outomaties beskerm word, sonder dat hulle direkte aksie hoef te neem. Veiliger motors en paaie kan bv. bydra tot minder beserings. Volgens Moskowitz (1989) is dit 'n effektiewe vorm van voorkoming. Daar is bv. bevind dat die installering van remligte hoog agter en in die middel van die motor, gelei het tot 'n 50% afname in botsings van agter. Volgens Parry en Bennetts (1997) was daar ook in Suid-Afrika 'n inisiatief geloods om alkoholverwante voetgangerongelukke te voorkom deur reflekterende klere te ontwerp en te maak wat gedurende die nag gedra kan word. Die omgewingsbenadering kom in alkoholmisbruikvoorkoming na vore in intervensies soos bv. die beperking van die beskikbaarheid van alkohol en opleiding van kroegmanne om te verhoed dat alkohol verkoop word aan persone wat reeds onder die invloed van alkohol is. Volgens Holder (2004) is daar positiewe bewys dat die opleiding van kroegmanne 'n effektiewe intervensie is om alkoholverwante probleme te voorkom.

#### **2.4.5 Gemeenskapsgebaseerde voorkoming**

Volgens Ritson (1997) wend die Wêreldgesondheidsorganisasie reeds sedert 1980 pogings aan om effektiewe alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme op gemeenskapsvlak te ontwikkel. Aanvanklik was die klem op afhanklikheid en hulpverlening en dit was nodig om die klem te verskuif na voorkomingsstrategieë. Hierdie voorkomingsstrategieë behels die mobilisering van verskillende sisteme in die gemeenskap ten einde die gebruik en misbruik van alkohol te voorkom (Dodgen & Shea, 2000; Fisher & Harrison 2000). Effektiewe voorkomingsstrategieë vereis koördinasie, inskakeling van verskeie organisasies en instellings, beplanning deur die breë gemeenskap en verskeie strategieë wat oor 'n langtermyn volgehou word. Die insameling van basislyndata oor die gebruik van alkohol en alkoholverwante probleme in die gemeenskap is 'n belangrike voorvereiste vir beplanning en evaluering (Ritson, 1997). Die verskillende sisteme wat ingeskakel moet word is die gesondheid-, welsyn-, opvoedkundige-, regs-, godsdienstige- en besigheidsisteme.

Holder, Saltz, Treno, Grube, en Voas (1997) het so 'n gemeenskapsinisiatief en die evaluasie-plan beskryf. Die program is deur die *Prevention Research Center, Berkeley, California* in drie gemeenskappe in Kalifornië geïmplementeer. Voorkomingsprogramme is

as vyf verskillende komponente aangebied. Elke komponent het sy eie voorkomings-aktiwiteite en proses-evaluering. Elke komponent werk sinergisties met al die ander komponente en die komponente versterk mekaar onderling. Die komponente behels:

- *Gemeenskap kennis, waardes en mobilisasie* behels die samewerking met bestaande strukture om die gemeenskap voor te berei op spesifieke voorkomingsprogramme en om bewusmaking van alkoholverwante trauma en die gevare van drink-en-bestuur te bevorder. Gemeenskapsorganisasie en die media word hiervoor aangewend.
- *Verantwoordelike bediening van drankies* behels die opleiding en ondersteuning van kroegmanne en handelaars om te voorkom dat kliënte die perseel onder die invloed van alkohol verlaat of bestuur onder die invloed van alkohol.
- *Minderjarige alkoholverbruik* sluit gemeenskapsprogramme in wat probeer om verkope van alkohol aan minderjariges te verminder en om wette in die verband toenemend af te dwing. Dit sluit ook skoolgebaseerde programme in.
- *Drink-en Bestuur* fokus op die verskerping van wetlike optrede in situasies waar voertuigbestuurders onder die invloed van alkohol is.
- *Toegang tot Alkohol* bestaan uit die gebruik van munisipale regulasies om die aantal verkoopplekke en sodoende die beskikbaarheid van alkohol te reguleer.

Die artikel beskryf nie die resultate van die program nie, maar slegs die evalueringsplan. Gemeenskapsgebaseerde programme is moeilik om te implementeer en te evalueer weens die kompleksiteit en omvang van die programme (Cook, Roehl, Oros & Trudeau, 1994; Ritson, 1997; Dodgen & Shea, 2000).

Parry en Bennetts (1998) beskryf verskeie gemeenskapsinisiatiewe wat in Suid-Afrika geloods is. In Nongoma (KwaZulu-Natal) is 'n program begin met gesondheidswerkers wat opgelei is in alkohol- en dwelmmisbruik-voorkoming. Die gesondheidswerkers is lede van die gemeenskap en dien as 'n verwysingsraamwerk vir mense wat probleme ondervind. In 1995 het die gemeenskap van Scottsville, naby Kaapstad, 'n gemeenskapsprojek geloods om die drankgebruik van minderjariges by sjebeens aan te spreek. Die gemeenskap van Pinelands, ook naby Kaapstad, het weer inisiatiewe geloods om die verkoop van alkohol binne hulle grense te verhoed. Volgens Parry en Bennetts (1998) moet gemeenskapsinisiatiewe ook die verbetering van die infrastruktuur, behuising, ontspanningsfasiliteite en werkskepping insluit. Aandag aan die probleem van straatkinders

is ook nodig. Al die inisiatiewe wat Parry en Bennetts (1998) noem, is besonder relevant in die Suid-Afrikaanse situasie.

## **2.5. Die historiese ontwikkeling van voorkomingsprogramme in die werksplek**

Alkoholgebruik in die werksplek was baie algemeen gedurende die neëntiende eeu en selfs tot in die twintigste eeu in Amerika en Europa. Alkohol is openlik gebruik en was deel van die werksomgewing. Dokwerkers het bv. ten minste vier of vyf ruskanse gedurende 'n dag gehad waartydens alkohol gebruik is. Die werkgever het dikwels die alkohol voorsien en soms is dit beskou as deel van die werkers se loon (Trice & Schonbrun, 1997). In Suid-Afrika is dit bekend dat die sg. dopstelsel in die wynbedryf ook tot die probleem bygedra het (Parry & Bennetts, 1998).

Aan die begin van die twintigste eeu het die Matigheidsbeweging in Amerika daartoe gelei dat alkohol in die werksplek as 'n probleem erken is. Sommige werkgevers het begin om aan te dring op geheelonthouding in die werksplek. Dit het veral gegeld vir die staalindustrie en die spoorweë. Daarbenewens het 'n kultuur van effektiwiteit in Amerika ontstaan wat harde werk en selfdisipline beloon het. Baie klem is gelê op effektiwiteit, winsbejag en ondernemingsgees. Hierdie nuwe waardes kon nie versoen word met alkoholgebruik in die werksplek nie. Alkoholmisbruik was die eerste sosiale probleem wat deur werkgevers en bestuurders geïdentifiseer is as 'n negatiewe faktor op produktiwiteit.

Werknemersvergoeding, wat in geval van beserings aan diens betaal moes word, was 'n verdere faktor wat gelei het tot die bekamping van alkoholgebruik in die werksplek. Wetgewing het werkgevers finansiële verantwoordelik gemaak vir beserings wat werknemers aan diens opgedoen het. Daar het by werkgevers die vrees ontstaan dat alkoholgebruik kon bydra tot werksongelukke en dat dit sou lei tot eise. Daar is dus begin om op te tree teen werknemers wat alkohol in die werksplek gebruik het en sodanige gebruik kon selfs tot ontslag lei.

Gedurende die Tweede Wêreldoorlog het alkoholprobleme in die werksplek toegeneem (Gill, 1994). Daar was 'n groot tekort aan werkers en mense is aangestel wat tevore nie deel van die werksomgewing sou word nie. Hierdie werkers het dikwels ernstige alkoholprobleme gehad. Daar was ook baie klem op produktiwiteit weens die vereistes van die mark wat as gevolg van die oorlog ontstaan het. Die klem op produktiwiteit het daartoe gelei dat daar minder toleransie was vir persone wat alkohol misbruik het en wat gevolglik nie produktief in



die werksituasie was nie. Na die oorlog was daar weer probleme met die heraanpassing van die soldate wat alkoholprobleme laat toeneem het.

Hierdie veranderinge het saamgeval met die ontstaan van die Alkoholiste Anoniem (AA) beweging in die vroeë 1940's. Die AA beweging het 'n belangrike rol gespeel in die ontstaan van die eerste programme wat geloods is om alkoholprobleme in die werksplek aan te spreek. AA lede is aangestel om medewerkers met alkoholprobleme te help. Die meeste programme was informeel sonder eksplisiete erkenning van bestuur. 'n Informele netwerk van AA lede het ontstaan wat medewerkers vir hulp verwys het, gewoonlik na hulpbronne in die gemeenskap. Werknemersverenigings was aanvanklik glad nie betrokke nie. Terwyl die meeste programme nie baie publisiteit geniet het nie en selfs doelbewus nie openbaar gemaak is nie, het sommige ondernemings egter begin om formeel programme aan te bied. Hierdie programme is bestuur deur 'n direkteur en formele beleidsdokumente is opgestel.

Aan die begin van die 1950's het die programme toegeneem. AA lede het verskillende ondernemings besoek om programme aktief te bevorder. Sommige ondernemings het invloedryke mediese direkteure gehad wat die programme bestuur het en status daaraan verleen het. Gedurende die laat veertigerjare het sommige firmas 'n beleid begin opstel oor die identifisering en verwysing van probleemdrinkers. Daar is toe ook begin met die opleiding van bestuurders en toesighouers. Die opleiding het behels dat bestuurders en toesighouers werknemers met alkoholprobleme moes kon identifiseer, konfronteer en verwys vir hulpverlening. Gedurende hierdie tyd het werknemersverenigings ook 'n rol begin speel.

Die Yale Centre of Alcohol Studies was die eerste instansie verbonde aan 'n universiteit wat 'n bydrae gelewer het om alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme te bevorder. Belangrike studies is gedoen, bv. oor die feit dat die meeste mense met alkoholprobleme sosiaal goed geïntegreerd is, families het, in vaste betrekkinge is en nie noodwendig voldoen aan die boemelaar stereotipering van mense met alkoholprobleme nie. In die tagtigerjare van die vorige eeu is die Christopher D. Smithers Foundation gestig. Hierdie private stigting het programme ter hulpverlening en opvoeding oor alkohol geïnisieer. Die stigting het nie uitsluitlik op die werksplek gefokus nie, maar het werksplekke beskou as belangrike teikens vir voorkoming en behandeling. Die stigting het klem gelê daarop dat bestuur en georganiseerde arbeid moet saamwerk om alkoholprobleme te hanteer. Die stigting van komitees waarop verteenwoordigers van werknemers en bestuur kon dien, is bevorder. Inligting oor alkoholprobleme is nagevors en gepubliseer. Universiteite het begin om

somerskole aan te bied oor alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme en daar is begin met navorsing.

In 1971 het die “National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse” in Amerika die werksplek beskryf as ’n belangrike geleentheid vir vroeë ingryping en hulpverlening. Geld is beskikbaar gestel vir die stigting van industriële alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme. Die programme is mettertyd verander na werknemerhulpprogramme en hulpverlening is uitgebrei na ander sosiale probleme, benewens alkohol. Die sg. “broad brush” benadering het ontstaan. Tans is daar weer ’n nuwe beweging na die sg. “employee wellness program” wat klem lê op streshantering, dieet en rookgewoontes en ’n gesonde lewenstyl. Hierdie ontwikkeling van hulpverlening aan werknemers, kan as volg skematies voorgestel word (Hutchinson & Emener, 1997).

**Tabel 2.1: Ontwikkeling van werknemerhulpverlening**

1939-1962	1962-1980	1980-
Occupational alcoholism programs	Broad Brush Employee Assistance Program	Employee Enhancement program

Dit blyk uit hierdie bespreking dat die klem in hulpverlening was op die vroeë identifisering en rehabilitasie van die alkoholafhanklike persoon. Dit tesame met ’n alkoholbeleid vir die werksplek, was dikwels die totale pakket. Die alkoholbeleid bepaal die reëls vir die gebruik van alkohol in die werksplek. Die beleid maak ook voorsiening vir dissiplinêre optrede en hulpverlening aan die alkoholafhanklike persoon. Volgens Moskowitz (1989) word daar min aandag gegee aan voorkoming van alkoholprobleme in die werksplek. Moskowitz (1989) noem verder dat daar geen modelle vir voorkomingsprogramme beskikbaar is nie en dat navorsing om effektiwiteit van voorkomingsprogramme aan te toon, ontbreek. Ames (1993) en Gill (1994) noem dat in die meeste werksplekke primêre voorkoming nie bestaan nie of baie elementêr is. Vicary (1994) en Dusenbury (1999) stel ook dat hulpverlening in die verlede voorkeur geniet het en dat voorkomingsprogramme tans baie meer aandag moet geniet. Cook (1996) bevestig dat gesofistikeerde benaderinge tot alkoholmisbruikvoorkoming in die werksplek die uitsondering is.

## **2.6 Benaderinge tot alkoholmisbruikvoorkoming in die werksplek**

Verskillende benaderings tot alkoholmisbruikvoorkoming word in die literatuur bespreek. Die meeste van hierdie benaderings is egter nog in die vroeë stadiums van ontwikkeling. Die enigste benadering waarvoor daar heelwat evalueringstudies gedoen is, is die tradisionele benadering en veral die werknemerhulpprogramme wat deel vorm van hierdie benadering

(Roman & Blum 1996). Vier benaderings word vervolgens bespreek, met klem op die navorsing wat oor die benaderings gedoen is.

### **2.6.1 Die tradisionele benadering (Opvoedkundige benadering tot voorkoming)**

Tot op hede is substansmisbruik in die werksplek veral aangespreek deur werknemerhulpprogramme, die opstel van 'n alkoholbeleid en die gebruik van chemiese toetse om die teenwoordigheid van 'n afhanklikheidsvormende stof by werknemers te bepaal (Cook & Youngblood, 1990; Trice & Sonnenstuhl, 1990; Gill, 1994; Cook, Back & Trudeau, 1996; Roman & Blum, 1999). Hierbenewens word opvoedkundige programme gebruik om werknemers en supervisors in te lig oor alkohol en die verwysingsprosedure na die werknemerwelstandprogram.

#### **2.6.1.1 Uiteensetting van die benadering**

**Werknemerhulpprogramme** fokus op die identifisering van die werknemer met alkoholprobleme, assessering van die probleem en verwysing van die werknemer na hulpbronne waar die probleem behandel kan word. Werknemerhulpprogramme kan as tersiêre voorkoming of hulpverlening gesien word. Sommige skrywers beskou dit egter ook as sekondêre voorkoming (Roman & Blum, 1990; Strydom, 1997) aangesien klem gelê word op die vroeë identifisering van die probleem en hulpverlening voordat die werknemer bv. sy/haar werk verloor en die stadium van chroniese alkoholafhanklikheid bereik. Vroeë identifisering hou die voordeel in dat die prognose van die probleemdrinker nog goed is en dat die persoon waarskynlik nog goeie ondersteuningstelsels het.

Werknemers met alkoholprobleme word deur hulle toesighouers geïdentifiseer op grond van onderprestasie. Dit sluit tipies in gereelde afwesigheid van die werk, veral na 'n naweek of betaaldag, toename in die gebruik van siekverlof, toename in ongelukke by die werksplek, konflik met medewerkers en 'n afname in produktiwiteit. Toesighouers word opgelei om werkers met probleme te identifiseer, op konstruktiewe wyse te konfronteer en na die werknemerhulpprogram te verwys. Die proses behels dat die toesighouer 'n aantal gesprekke met die betrokke werker voer. In die konfronterende deel van die onderhoud, word spesifieke inligting oor die onaanvaarbare werksprestasie aan die werker gegee. Die werker word ook ingelig dat voortdurende swak werksprestasie sal lei tot formele dissiplinering. Onderliggend aan hierdie metode is die teorie dat konfrontasie met swak werksverrigting daartoe kan bydra dat die werker se verdedigingsmeganismes verminder word. Verdedigingsmeganismes soos ontkenning, rasionalisasie en manipulasie verminder

die kanse dat die werker hulp sal aanvaar (Trice, 1990). Die werker word dus gesosialiseer om sy rol as werker beter te vervul. In die konstruktiewe deel van die onderhoud, word werknemers ingelig dat hulp beskikbaar is deur die werknemerhulpprogram. Emosionele ondersteuning word aan die werker gegee en daar word beklemtoon dat die welsyn van die werker vir die toesighouer en bestuur belangrik is. Dit word verder beklemtoon dat die werker sy werk kan behou indien sy gedrag verander en verwagtinge word gestel van hoe die werker sy gedrag moet verander.

Werknemers kan ook self by die werknemerhulpprogram aanklop om hulp of deur medewerkers, familieleden of werknemersverenigings verwys word. Dikwels word werknemers ook verwys wanneer dit uit die dissiplinêre ondersoek blyk dat die oortreding verband hou met alkoholprobleme.

Hulpverlening behels dat die probleem geassesseer word en dat daar besluit word op binnepasiëntbehandeling in 'n inrigting of inskakeling by 'n buitepasiëntbehandelingsprogram. Werknemers wat nie 'n lang geskiedenis van misbruik het nie en wie se gesinslewe stabiel is, kan gewoonlik baat by 'n buitepasiëntprogram. Verskillende benaderings bv. gedragsverandering, krisisingryping, die taakgesentreerde benadering en die probleemoplossende model word gevolg in die hulpverlening aan die afhanklike persoon. Dit word beklemtoon dat alkoholafhanklikheid 'n komplekse probleem is en dat 'n multidissiplinêre spanbenadering nodig is. Mediese behandeling, veral met die toesig oor onttrekking van alkohol, is gewoonlik nodig. Die doel van behandeling is geheelonthouding en 'n alkoholvrye lewenstyl. Gekontroleerde alkoholgebruik of verantwoordelike alkoholgebruik is normaalweg nie 'n doelstelling van hierdie tipe programme nie (Strydom, 1997).

'n Verdere aspek van die tradisionele benadering behels dat die werkgewer, dikwels in samewerking met werknemersorganisasies, 'n **alkoholbeleid** vir die onderneming opstel. In terme van die gemenereg het 'n werkgewer en werknemer verpligtinge teenoor mekaar, teenoor ander werknemers en teenoor die publiek. Volgens die reg dra 'n werkgewer ook die verantwoordelikheid om te verseker dat geen werknemer toegelaat word om te werk terwyl hy onder die invloed van alkohol is nie. Die werkgewer kan aanspreeklik gehou word vir skade en verlies wat veroorsaak word deur 'n werknemer wat onder die invloed van alkohol is (Albertyn & McCann, 1993). Die alkoholbeleid maak voorsiening vir reëls wat verseker dat aan die wetlike vereistes voldoen word en spesifiseer normaalweg:

- Dat alkohol en dwelmgebruik by die werk onaanvaarbaar is.

- Dat die organisasie belangstel in die welvaart van sy werknemers.
- Die beleid oor alkohol en dwelmtoetsing.
- Die reëls met betrekking tot die gebruik van alkohol in die werksplek (bv. by funksies).
- Dat die organisasie opvoedkundige en voorkomingsprogramme steun.
- Hoe opgetree sal word teen mense wat die reëls oortree.
- Watter voorsiening daar vir hulpverlening is.
- die prosedure vir verwysing en hulpverlening en
- reëlins vir siekverlofverlof met die oog op hulpverlening.

**Toetsing** vir die teenwoordigheid van substansie het meer betrekking op dwelmmiddels soos dagga en Mandrax as op alkohol. Toetsing word soms voor indiensneming vereis, of per geleentheid, bv. na 'n ongeluk in die werksplek of willekeurig volgens die besluit van die werkgever. Toetsing kan bydra tot die vermindering van substansmisbruik in die werksplek aangesien dit as afskrikmiddel dien, maar dit het min potensiaal vir behandeling of voorkoming van substansmisbruik. Daar bestaan ook bedenkinge oor die regsgeldigheid van toetsing.

In aansluiting by hierdie metodes, word **opvoedkundige metodes** gewoonlik as primêre voorkoming benut. Die doel is om die totale werkerskorps bewus te maak van die nadelige gevolge van alkoholmisbruik (Gill, 1994). Werknemers word ingelig oor die feit dat:

- Alkohol 'n dwelm is en verslawend is.
- Daar persoonlike, fisiologiese en psigologiese gevolge van misbruik is.
- Daar sosiale en gemeenskaplike gevolge is van misbruik.
- Die aanvang van alkoholisme dikwels lê in die onskuldige eerste drinkpatroon.
- Alkoholmisbruik 'n algemene en wydverspreide probleem is.
- Hulp beskikbaar is.

Die teorie onderliggend aan hierdie benadering is dat deur kennis te vermeerder en houdings teenoor alkoholmisbruik te beïnvloed, gedrag verander kan word. Hierdie benadering is die mees algemene benadering wat in die Suid-Afrikaanse opset gebruik word (Albertyn &

McCann, 1993; Strydom, 1997). Hierdie kennis kan oorgedra word deur indiensnemingsprogramme, films, kursusse, artikels en literatuur.

Benewens die totale werknemerkorps, word bestuur, toesighouers en verteenwoordigers van werknemersverenigings ook opgelei. Opleiding van bestuur behels 'n bewusmakingsproses van hoe substansmisbruik produktiwiteit beïnvloed en die sosiale verantwoordelikheid wat bestuur teenoor werknemers het. Dit behels ook 'n bemarking van die voorkomingsprogram aan bestuur. Opleiding van toesighouers fokus op die aanleer van vaardighede in verband met die identifisering van die probleemwerker, die konfrontering van die werker en verwysing na die werknemerhulpprogram. Toesighouers word geleer om op werksprestasie te fokus in hulle hantering van die werknemer en op grond van 'n verlaging in werksprestasie die werknemer te verwys. Verteenwoordigers van werknemerorganisasies word geleer hoe om alkoholprobleme by hulle lede te identifiseer en hoe om sodanige lede te verwys vir hulpverlening. Klem word gelê op die feit dat beskerming en instaatstelling uiteindelik tot nadeel van die werknemer is.

Opvoedkundige programme het die potensiaal om kennis te vermeerder en houdings te verander, maar daar kon tot dusver nog nie daarin geslaag word om aan te toon dat dit werklik drinkgedrag beïnvloed nie. Programme wat didakties van aard is en slegs fokus op die vermeerdering van kennis oor substansie en die gevolge van misbruik, het volgens Pentz (1999) geen effek nie. Dit kan egter 'n rol speel om 'n positiewe klimaat te skep en mense meer ontvanklik te maak vir ander voorkomende strategieë (Holder 1990).

#### **2.6.1.2 Beskrywing van programme wat die tradisionele benadering volg**

Daar is egter ook baie ondersteuning vir programme wat al drie elemente (alkoholbeleid, werknemerhulpverlening en opvoeding) kombineer. Volgens Trice (1990) is verskeie studies gedoen om die sukses van hierdie vorm van hulpverlening te evalueer. Daar was teenstrydige resultate, maar in die algemeen dui dit daarop dat werknemers wat hierdie behandeling ontvang het, meer geneig was om hulle alkoholverbruik te verminder en hulle werksprestasie te verbeter, as persone wat dit nie ontvang het nie. Trice (1990) noem as voorbeeld 'n studie wat Margaret Heyman in 1976 en 1978 gedoen het en wat 'n betekenisvolle verband getoon het tussen konstruktiewe konfrontasie en verbeterde werksprestasie by werknemers met alkoholprobleme. Volgens Trice (1990) het twee Kanadese studies van Finlay (1972) en Freedberg en Johnston (1978) dieselfde resultate getoon. Trice (1990) haal ook 'n studie wat Trice en Beyer in 1984 gedoen het aan. Daar is

bevind dat 75% van probleemdrinkers hulle werksprestasie verbeter het as gevolg van hierdie vorm van intervensie.

Roman en Blum (1996) het 'n literatuurstudie gedoen om die effektiwiteit van hulpverlening by die werk op alkoholprobleme te bepaal. Die skrywers kon net 24 studies vind wat aan die insluitingskriteria voldoen het. Een-en-twintig van die studies het gehandel oor programme wat geskoei is op die werknemerhulpprogram model. Drie studies was opvoedkundig van aard en het gefokus op die opleiding van werknemers, bestuurders en supervisors. Die effek van die intervensie is bepaal deur te let op die volgende faktore:

- Veranderinge in houdings en kennis oor alkoholprobleme.
- Verandering in bereidheid om werknemers te verwys vir hulpverlening.
- Vermindering in hoeveelheid alkohol verbruik of in ongesonde drinkgedrag.
- Verandering in werkgedrag, bv. beter produktiwiteit en minder afwesigheid.

Volgens die skrywers het die meeste studies betekenisvolle resultate aangetoon, alhoewel die evaluering dikwels kort na die intervensie gedoen is en langtermynresultate dus nie bepaal is nie. Daar was ook metodologiese probleme. Daar was bv. min replisering wat betref die navorsingsontwerp. Volgens Roman en Blum (1996) dra replisering baie by tot die versterking van die kennisbasis in die veld van voorkoming. 'n Sterk navorsingsontwerp ontbreek in sommige gevalle. Daar is meestal gebruik gemaak van opnames en self-rapportering en nie van eksperimentele ontwerpe nie. Dit is dus soms nie moontlik om geldige afleidings te maak nie. 'n Verdere tekortkoming behels die seleksie van proefpersone. Die meeste programme is aangebied aan vrywilligers en daar was dus self-seleksie wat die resultate van die studie kan beïnvloed. Dikwels is data nie ingesamel oor persone wat nie die studie voltooi het nie. Die studies is nie altyd verteenwoordigend van die hele terrein van werksorganisasies nie en daar kan dus nie veralgemeen word nie. Gesofistikeerde analise van die data ontbreek soms. Ten spyte van die tekortkominge van die studies, kom die skrywers tot die gevolgtrekking dat programme wat geskoei is op die werknemerhulpprogram en op opleiding 'n hoë mate van sukses toon: "The literature therefore demonstrates the generalized efficacy of interventions that are fashioned after the EAP model in dealing with employee alcohol problems and the value of training and education in changing attitudes, behaviour, and EAP utilization" (Roman & Blum, 1996, p.146). Die gebrek aan studies wat as voorkomend beskou kan word, bevestig die waarneming dat die tradisionele benadering tot voorkoming eerder fokus op hulpverlening as op voorkoming.

Van die drie studies in Roman en Blum (1996) se analise wat as voorkomingsprogramme beskryf kan word, word die studies van Brochu en Souliere (1988) en Kishuk, Peters, Towers, Sylvestre, Bourgault en Richard, (1994), genoem. Hierdie studies volg, na die mening van die navorser, egter eerder 'n lewensvaardighede-benadering en 'n gesonde leefstyl benadering onderskeidelik. Die studie van McLatchie, Grey, Johns en Lomp (1981) beskryf wel 'n opvoedkundige voorkomingsprogram. Die program is aangebied aan twee groepe werkers in vervaardigingsonderneming in Ontario. Die een groep het bestaan uit 61 werknemers wat supervisors, afdelingshoofde en verteenwoordigers van werknemersverenigings ingesluit het. Die ander groep het bestaan uit 142 werknemers wat uurliks betaal is. Die uurlikse werknemers het een sessie van 30 min bygewoon, terwyl die ander groep 'n uitgebreide sessie van 1 uur 30 min. bygewoon het. Die langer sessie het inligting oor die rol van die supervisors en verteenwoordigers van werknemersverenigings ingesluit. Daar is gebruik gemaak van oudiovisuele materiaal, groepbesprekings, lesings oor behandelingsfasiliteite en –programme en oor die beleid van die organisasie. 'n Vraelys is voor en na die intervensie geadministreer wat kennis van alkohol, kennis van die beleid van die organisasie en gewilligheid om hulp te aanvaar getoets het. Daar was nie 'n kontrole groep nie. Die bevinding was dat beide groepe se kennis van alkohol en van die beleid van die organisasie betekenisvol verbeter het en dat uurlikse werkers beduidend meer bereid was om hulp te aanvaar na die intervensie. Die studie toets nie die effek wat die intervensie op alkoholgebruik gehad het nie.

Cyster en McEwen (1987) het ook 'n opvoedkundige projek beskryf wat in die Britse poskantoor gedoen is. Die doel van die projek was om:

- Kennis oor die aard en effek van alkohol te vermeerder.
- Die poskantoor se beleid t.o.v. alkoholgebruik bekend te maak.
- Positiewe houdings teenoor verantwoordelike gebruik aan te moedig.

'n Video is gebruik om inligting te verskaf en die persoon wat die video vertoon het moes ook vrae beantwoord. Daarbenewens is 'n rekenaarspeletjie ontwerp wat ook gemik was op die vermeerdering van kennis. Die video is vertoon aan groepe van 25 tot 30 werknemers gedurende werktyd. Die groepe het 30 minute in beslag geneem. Opleiding van supervisors is ook gedoen.



Vraelyste is voor en na die program aan deelnemers gepos en die evaluasie het aan die lig gebring dat daar 'n klein toename in kennis by deelnemers was, maar geen verandering in houding teenoor drinkgedrag, sosiale druk om alkohol te gebruik of alkoholgebruik nie. Daar was nie 'n kontrole groep nie. Deelname aan die program was laag. Volgens Cyster en McEwan (1987) is die probleem dat werknemers wat nie alkoholprobleme ervaar nie, nie dink dat die program op hulle van toepassing is nie. Die wat wel probleme ervaar, ontken dikwels die probleme. Die skrywers beveel aan dat die tipe programme by gesonde lewenstylprogramme geïntegreer word.

## **2.6.2 Die sosiale omgewingsbenadering (ekologiese benadering)**

Hierdie benadering word veral voorgestaan deur Genevieve Ames (Ames & Janes, 1990; Ames, 1993; Delaney & Ames, 1995; Ames, Grube & Moore, 1997; Ames & Grube, 1999).

### **2.6.2.1 Uiteensetting van die benadering**

Ames bevraagteken die algemene gebruik om die oorsaak van alkoholprobleme slegs in die individuele werker te soek. Volgens Ames was dit die algemene tendens sedert die eerste pogings om alkoholmisbruik in die werksplek te bekamp. Alkoholmisbruik is toegeskryf aan een of ander tekortkoming in die individu en die invloed van die omgewing op die individu is misken. Gevolglik fokus Ames op sosiale en kulturele faktore in die werksomgewing wat alkoholmisbruik bevorder. Faktore wat geïdentifiseer is, is:

- Kontrole (beleid, reëls, sigbaarheid van werk en die doeltreffendheid van supervisie).
- Fisiese en sosiale beskikbaarheid van alkohol (hoe maklik alkohol na die werksplek gebring kan word of by die werksplek gekoop kan word en hoe aanvaarbaar alkoholgebruik vir kollegas is).
- Kwaliteit van werk (stres, fisiese moeilike werk, uitsluiting van besluitneming, onrealistiese verwagtinge en insekureit).

Verskeie studies is gedoen om die verband tussen bg. faktore en alkoholmisbruik in die werksplek te bepaal. In 1990 het Ames en Janes bevind dat die werksplek swaar drinkery in stand kan hou. 'n Studie is gedoen onder 6000 mense wat hulle werk verloor het. Die meeste van hierdie werkers het minder gedrink na die aflegging, alhoewel hulle inkomste dieselfde gebly het a.g.v. versekering. Die navorsers kom tot die gevolgtrekking dat daar faktore by die werk was wat alkoholmisbruik bevorder het. In hierdie geval was dit die

gebrek aan effektiewe kontrole. 'n Verdere faktor was die sosiale netwerke waaraan die mense behoort het. Waar werksverhoudings ook buite die werk in stand gehou is, het meer alkoholmisbruik voorgekom. Mense wat minder gedrink het, het meer tyd saam met hulle families deurgebring en hulle sosiale netwerke het mense ingesluit wat nie by dieselfde werk betrokke was nie. In 'n ander studie het Delaney en Ames (1995) bevind dat positiewe houdings teenoor werkspanne gelei het tot minder progressiewe drinknorme. Drinknorme was op sy beurt 'n bepalende faktor vir werksplek alkoholgebruik. 'n Ander studie (Ames & Grube, 1997) het gehandel oor die beskikbaarheid van alkohol en alkoholgebruik in die werksplek. Die algemene teorie oor beskikbaarheid is dat toename in fisiese en sosiale beskikbaarheid lei tot groter misbruik en meer probleme. Sosiale beskikbaarheid verwys na die normatiewe ondersteuning vir alkoholgebruik, m.a.w. hoe aanvaarbaar alkoholgebruik in die werksplek vir kollegas is. Indien daar 'n permissiewe houding t.o.v. alkoholgebruik in die werksplek bestaan, sal die voorkoms van alkoholgebruik groter wees. Die bevinding van hierdie studie was dat die grootste faktor wat werksverwante alkoholmisbruik voorspel het, werkers se opvattinge oor die alkoholgebruik van medewerkers en werksvriende was.

Seeman, Seeman en Budros (1988) het spesifiek ondersoek ingestel na die verband tussen vervreemding (alienation) en alkoholmisbruik in die werksplek. 'n Studie is gedoen deur individuele onderhoude met 505 manlike respondente in Los Angeles te voer. Drie aspekte van vervreemding, naamlik magteloosheid, sosiale isolasie en werksbevreemding is bestudeer. Die belangrikste bevindinge is dat daar 'n direkte verband bestaan tussen 'n gevoel van magteloosheid en alkoholprobleme. Werksbevreemding en sosiale isolasie was nie direk verbind met alkoholprobleme nie, maar daar was 'n indirekte verband in wisselwerking met magteloosheid.

Trice en Sonnenstuhl (1990) gee ook na aanleiding van 'n literatuuroorsig 'n uitvoerige bespreking van risikofaktore wat alkoholmisbruik by die werksplek kan bevorder. Die volgende faktore word bespreek:

- **Die kulturele perspektief** behels dat administratiewe en werksgroepe norme ontwikkel oor wat gepaste drinkpatrone vir daardie spesifieke groep is. In sommige beroepe is daar baie steun vir alkoholgebruik in die werksplek. Alkoholgebruik beklee bv. 'n sentrale plek in die kultuur van militêre instellings en dit word dikwels van personeel verwag om funksies in kroeë by te woon. Alkoholgebruik kom ook algemeen voor by besigheidsetes, konferensies en kantoorpartytjies. Werkers wat reeds alkohol misbruik, mag ook werksplekke kies waarin daar 'n drinkkultuur bestaan.

- **Die sosiale kontrole perspektief** behels dat daardie faktore wat werkers se integrasie by die organisasie verhinder of die organisasie se beheer oor die werker verminder, risikofaktore is vir die ontwikkeling van alkoholprobleme. Faktore wat veral 'n rol speel, is 'n gebrek aan supervisie of lae sigbaarheid van die werker in die organisasie. Mense wat baie reis, val in hierdie kategorie. Swak bestuur, inkonsekwente standaarde en die onvermoë om te dissiplineer lei tot swak sosiale kontrole waarin 'n drinkkultuur kan floreer. Werkloosheid en aftrede kan ook risikofaktore vir alcoholmisbruik wees, aangesien alle kontrole wat die werksplek wel nog uitgeoefen het, verdwyn.
- **Die vervreemdingsperspektief** postuleer dat werksrolle waar daar 'n gebrek aan kreatiwiteit, verskeidenheid en onafhanklike oordeel is, lei tot gevoelens van magteloosheid en ontevredenheid wat dikwels deur alcoholmisbruik verlig word.
- **Die werk stres perspektief** fokus op ervaringe in die werksplek wat aanleiding gee tot spanning wat dikwels deur alcoholmisbruik verlig word. Stressore behels die fisiese omgewing waarin mense werk, inhoud van die werk, verveling, rolkonflik, te veel of te min werk, vergoeding en kompleksiteit van werk. Verskeie navorsers het 'n positiewe verband gevind tussen stres by die werk en alcoholmisbruik.

Trice en Sonnenstuhl (1990) beklemtoon dat hierdie faktore risiko-faktore is en nie noodwendig oorsake van alcoholmisbruik nie. Daar is 'n interaksie tussen hierdie faktore en ander lewenservaringe. Alkoholprobleme word veroorsaak deur 'n komplekse interaksie van verskeie faktore en kan waarskynlik nie toegeskryf word aan een enkele faktor nie. Werkverwante, kulturele, gesins, genetiese en gemeenskapsfaktore speel almal 'n rol in die ontstaan van alkoholprobleme. Trice en Sonnenstuhl (1990) is van mening dat norme in die werksplek ontwikkel kan word wat kan lei tot die beperking van alcoholmisbruik deur die instelling van 'n alkoholbeleid en die tegniek van konstruktiewe konfrontasie, wat reeds onder die tradisionele benadering bespreek is.

Albertyn en McCann (1993) noem verskillende faktore wat alcoholmisbruik by die werk bevorder, onder andere negatiewe emosionele gevoelens, interpersoonlike konflik, sosiale druk, woede, frustrasie en spanning. Hulle beklemtoon egter die belangrike rol wat kultuur speel en sê hieroor: "The drinking population seems to move in unison up and down the consumption continuum when changes in culture occur. Individual drinking habits are closely related to drinking habits among friends in the social network. Individual drinking habits and heavy drinking in particular are products of a company's culture. Problem drinking is a

learned behavioural disorder and education on its own is useless; it has to be linked to a change in culture" (Albertyn & McCann, 1993, p. 41). Moskowitz (1989, p. 78) het reeds vroeër die belangrike rol van kultuur beklemtoon: "If one could create a social environment where positive social influences regarding alcohol use predominated, then there would be little need to attempt the difficult task of trying to train the ultimate social animal to resist social influences as is currently in vogue in many 'just say no' type prevention programs".

Wetgewing of regulasies kan soms die kultuur verander. Die verbod op rook in die openbaar het bv. baie bygedra om die houding teenoor rook te verander. Die bestuur van 'n onderneming moet aandag gee aan die persepsie wat die kultuur van die organisasie oor alkoholmisbruik gee. Informele subkulture speel ook 'n belangrike rol in die voorkoms van alkoholmisbruik. Werksplekke kan 'n belangrike rol speel om die algemene houding teenoor alkoholgebruik te beïnvloed, ook in die gemeenskap. Die werksplek kan egter nie te outoritêr optree nie en optrede moet spesifiek gerig wees teen die misbruik van alkohol.

Martin, Roman en Blum (1996) beklemtoon ook dat werknemers se drinkgedrag deur 'n komplekse wisselwerking van verskillende faktore beïnvloed word. Hulle het gevind dat stres by die werk, werksgroepe wat alkohol gebruik en sosiale ondersteuning belangrike veranderlikes is wat alkoholgebruik beïnvloed. Werknemers wat alkohol gebruik as *ontvlugting* van negatiewe faktore by die werk, was veral geneig tot probleemdrinkery.

Macdonald, Wells en Wild (1999) het spesifiek na aanleiding van Ames se werk 'n ondersoek gedoen na die rol wat normatiewe regulering van alkoholmisbruik, die kwaliteit en organisering van werk, 'n subkultuur van alkoholmisbruik en beskikbaarheid van alkohol speel. Hulle het ondersteuning gevind vir al die faktore, maar die sterkste element in die raamwerk was 'n subkultuur van alkoholmisbruik.

Volgens Walsh, Rudd, Biener en Mangione (1993) is die resultate van studies wat die verband tussen werksverwante faktore en alkoholmisbruik bestudeer, verwarrend en teenstrydig. Alhoewel verskeie risikofaktore geïdentifiseer is, is daar nie konsekwente bevindings waarop teorie gebou kan word nie. Hulle doel is dus om 'n model te ontwikkel vir navorsing en voorkoming van alkoholprobleme in die werksplek. Hierdie navorsers skryf die gebrek aan vordering in die veld daaraan toe dat daar twee duidelik onderskeibare oriëntasies by navorsers bestaan. Die een groep vind die oorsaak van alkoholprobleme in die omgewing en die ander groep vind dit in individuele psigososiale kenmerke van die persoon. Die eerste groep verteenwoordig die voorkomingskamp, terwyl die tweede groep

meer belang stel in intervensie. Die intervensiegroep se doelstelling is om werkgewers te oortuig dat die meeste persone met alkoholprobleme steeds in die werksituasie is en nie noodwendig voldoen aan die boemelaar stereotipering nie. Hierdie persone moet geïdentifiseer en behandel word. Daarteenoor het navorsers in die voorkomingskamp epidemiologiese navorsingsmetodes gebruik en probeer om risikofaktore in die werksplek te identifiseer. Walsh et al. (1993) kom tot die gevolgtrekking dat 'n integrasie van die verskillende benaderinge nodig is. Hulle stem saam met Trice en Sonnenstuhl (1990) dat faktore soos individuele kenmerke van die persoon en sy sosiale omgewing ook 'n rol speel. Hulle staan 'n benadering voor waar al hierdie faktore in ag geneem word, met spesiale klem op werksverwante faktore waar verandering moontlik is. Die faktore wat volgens hierdie navorsers ondersoek moet word, is kulturele faktore in die totale organisasie, norme by spesifieke werksplekke, werkgroep-norme, sosiale faktore by die werk, eksterne sosiale faktore, werksomstandighede en individuele kenmerke van die werker. Volgens Walsh et. al. (1993) is ondersoekende navorsing nodig om te bepaal wat die effek van hierdie faktore op alkoholmisbruik is.

Ames (1993) beklemtoon dat 'n effektiewe voorkomingsprogram op navorsing gebaseer moet wees. Dit is belangrik om die probleme, risikofaktore en die drinkpatrone van 'n werksplek te verstaan. Sonder sodanige kennis kan effektiewe programme nie ontwikkel word nie. Ames stel spesifieke stappe voor in die ontwikkeling van 'n program:

- Inisieer navorsing om die koste van alkoholgebruik in die werksplek te bepaal. (Afwesigheid, beserings, dissiplinêre optrede).
- Doen navorsing om die risikofaktore in die werksplek wat bydra tot alkoholmisbruik te bepaal.
- Deel die resultate met bestuur, werknemersverenigings, werkers en menslike hulpbronsoneel.
- Ontwikkel samewerking met ander sisteme in die werkgemeenskap. (Werknemerhulpprogram en gesondheidsklinieke).
- Stel veranderinge in wat risikofaktore in die organisasie uitskakel of verminder. Volgens Ames (1993) is hierdie veranderinge soms moeilik om teweeg te bring en gaan dit soms met teenkanting gepaard.

Ames (1993) beklemtoon dat voorkomingsprogramme nie in isolasie aangebied kan word nie en dat dit geïntegreer moet word met hulpverlening aan werknemers wat ernstige

alkoholprobleme ondervind of afhanklik is. Deur te fokus op die verhouding tussen die omgewing en werksverwante alkoholmisbruik, kan die risikofaktore verminder word en alkoholmisbruik beperk word. Indien die totale werkerskorps ingelig word oor alkoholverwante risikofaktore in die werksplek en ingeskakel word by pogings om 'n gesonder werksomgewing te skep, het die program 'n groter kans op sukses.

Strydom (1997) se voorkomingsprogram is veral geskoei op die tradisionele benadering. Sy maak egter ook voorsiening vir primêre voorkoming op die mikrovlak en beveel aan dat gevallewerk, groepwerk en gemeenskapswerk op hierdie vlak gedoen moet word. Haar beskrywing van die taak van gemeenskapswerk, stem baie ooreen met Ames (1993) se model. Sy beskryf dit soos volg:

- **Die identifisering van probleemdrinkery.** Die probleem kan geïdentifiseer word deur die bestuur van die organisasie, die werknemers of die bedryfsmaatskaplike werker. Nadat die probleem geïdentifiseer is, moet meer inligting omtrent die volgende aspekte bekom word:
  - Die veroorsakende faktore en die gevolge van die probleem.
  - Die motivering van die organisasie om 'n oplossing te vind.
  - Die moontlikheid vir 'n oplossing en die implikasies daarvan.
  - Die verkryging van 'n mandaat van die gemeenskap.
- **Die ontwikkeling van bereidheid om aan die probleem te werk.** Die inligting wat bekom is, moet met die organisasie gedeel word. Kennis van die oorsaaklike faktore sal bydra tot die motivering van die bedryfsgemeenskap om aan die probleem te werk.
- **Besinning oor moontlike oplossings.** Gedurende hierdie fase word moontlike oplossings vir probleemdrinkery bespreek en die nadele en voordele daarvan word oorweeg.
- **Beplanning.** Nadat besluit is op oplossings word die stappe beplan wat nodig is vir die oplossing van die probleem. Daar moet besluite geneem word oor deelnemers aan die program, komitees moet gestig word vir die implementering van verandering, finansiële middele moet bekom word en programaktiwiteite moet beskryf word.

- **Implementering van verandering.** In hierdie fase word tot aksie oorgegaan en daar word verseker dat aktiwiteite planmatig verloop en voortdurend gekontroleer en beheer word.
- **Evaluasie en afsluiting.** Aktiwiteite moet deurgaans geëvalueer word. Na afloop van die projek moet die volledige projek deur die bedryfsgemeenskap geëvalueer word. Ter afsluiting moet 'n volledige verslag oor die projek opgestel word.

#### **2.6.2.2 Bespreking van programme wat die sosiale omgewingsbenadering volg**

Die Minnesota Mining and Manufacturing organisasie het 'n program ontwikkel vir die primêre voorkoming van substansmisbruik wat kan dien as 'n voorbeeld van die omgewingsverandering benadering (Stoltzfus & Benson, 1994). Volgens die skrywers het die program ontwikkel uit 'n tradisionele benadering, maar 'n nuwe benadering is gevolg waarin veral gekonsentreer is op die verandering van die kultuur van die organisasie en waarin ook 'n meer positiewe werksomgewing geskep is deur portuurgroep-opleiding. Die program is gedurende 1990 en 1991 geïmplementeer.

Die program het bestaan uit drie komponente, nl. 'n 10- uur lange program vir die opleiding van supervisors, 'n 2,5 uur lange program vir die totale werknemerskorps waar waardes i.v.m. substansmisbruik, alkohol en dwelmgebruikspatrone en individuele reaksie op substansmisbruik bespreek is en 'n portuurgroep hulpprogram.

Die intensiewe supervisor opleiding het voorsiening gemaak vir twee halfdagsessies en 'n opvolgessie van twee uur lank. In die eerste sessie is aandag gegee aan die impak van substansmisbruik op die produktiwiteit van werknemers. Daar is veral klem gelê op inligting wat by die organisasie self ingesamel is. Daar is ook 'n hersiening en bespreking van die beleid van die organisasie gedoen. Tydens die tweede sessie is vaardighede aan die supervisors geleer om probleme van werknemers te hanteer. Voorkoming sowel as intervensie het aandag geniet. Supervisors moes ook beplan hoe hulle verandering te weeg kon bring deur modellering, opvoeding en die ondersteuning van die beleid van die organisasie. Dit is van die supervisors verwag om tussen die twee sessies met hulle ondergeskiktes te vergader, die substansbeleid te bespreek en saam met die werknemers strategieë te beplan vir die totstandkoming van 'n werksplek vry van substansmisbruik.

In die program wat op die werknemers gerig is, is werknemers aangemoedig om hulle houdings, gedrag en besluitneming rakende substansgebruik te ondersoek. Dit sluit aan by

die waarde/besluitneming model van opvoedkundige programme. Die beleid van die organisasie rakende alkoholgebruik by die werksplek is duidelik gestel, maar werknemers is gehelp om vir hulleself riglyne op te stel vir verantwoordelike gebruik van alkohol buite die werksplek. Werknemers is ook geleer hoe om hulle besorgdheid uit te spreek teenoor kollegas of familie, wat volgens hulle waarneming wel probleme met substansmisbruik ondervind.

Die portuurgroep-hulpprogram komponent was gerig op interpersoonlike vaardighede, hulpverleningsvaardighede, kennis van hulpbronne en verwysingsvaardighede. Die idee was om werkers op te lei wat na kollegas kan luister en hulle dan aan te moedig om die werknemerhulpprogram of ander hulpbronne te gebruik. Alle werknemers wat belang gestel het, kon deelneem aan hierdie program.

Beginsels onderliggend aan die program was dat:

- Verpligte deelname van alle werknemers en bestuur die organisasie se verbintenis tot die program sou demonstreer.
- 'n Fokus op houdings, waardes en riglyne, eerder as 'n meer tradisionele opvoedkundige benadering, weerstand sou verminder.
- 'n Openlike bespreking van substansmisbruik deur bestuur en die werkers sou lei tot 'n nuwe kultuur in die organisasie waarin daar gedeelde verantwoordelikheid is vir die bevordering van 'n gesonde lewenstyl.

Ander strategieë is gebruik om die program te ondersteun, bv. plakkate, literatuur, artikels in die organisasie se nuusbrief en kompetisies.

Evaluering is gedoen deur die program by een van die takke van die organisasie te implementeer, terwyl 'n ander tak as kontrole gedien het. Die program is wel later by laasgenoemde tak geïmplementeer. Voor- en na-toets inligting is deur anonieme vraelyste bekom. Inligting is ingesamel oor alkoholgebruik, risiko-gedrag, die werkverwante effek van substansmisbruik, vaardigheidsontwikkeling by werknemers en supervisors en moraal. In die eksperimentele groep was daar 'n vermindering van alkoholgebruik, verhoging van vaardighede, toename in die aanvaarding van verantwoordelikheid en 'n vermindering in die negatiewe effek van substansmisbruik op werk. Verandering van meer as 5% in die verlangde rigting is as betekenisvol aanvaar. Die waarde van die program lê daarin dat



wegbeweeg is van die blote gee van inligting aan werknemers, in die skep van gedeelde verantwoordelikheid en van 'n veranderde kultuur.

Lehman, Reynolds en Bennett (2002) beskryf 'n voorkomingsprogram wat gefokus het op werkgroepe. Die doel van die program was om bewustheid te skep dat substansmisbruik 'n probleem van die groep is. Verdere doelstellings was om die verdraagsaamheid teenoor en instaatstelling van alkoholmisbruik te verminder, die groep se respons teenoor probleemdrinkery te verskerp, houdings teenoor die substansbeleid te verbeter en verwysings na werknemerhulpprogramme te verbeter.

Die werkgroep opleiding het bestaan uit twee sessies wat vier uur elk geduur het. Nege tot 15 werknemers is per groep ingesluit. Fokusgroepe is vooraf gehou om opleidingsmateriaal te bespreek, inskakeling te bevorder en verhoudings te bou. Die program self het bestaan uit 6 komponente. In die eerste komponent word die verskil tussen standaard opleiding en werkgroep opleiding getref. Klem word gelê op die implikasies van substansmisbruik vir die groep. In die tweede komponent word die beleid bespreek. Die idee van hulpverlening teenoor dissiplinerings geniet aandag. Die derde komponent handel oor stres hantering en substansmisbruik. Die vierde komponent handel oor die risiko verbonde daaraan om substansmisbruik in die groep toe te laat en te verdra. Die onderwerp van 'n drinkkultuur word bespreek. Die vyfde komponent handel oor verwysing vir hulp en ondersteuning deur medewerkers. Konfidensialiteit van die werknemerhulpprogram word bespreek. Die deelnemers kry 'huiswerk' aan die einde van sessie 1. Hulle kry die opdrag om enige van die onderwerpe wat bespreek is gedurende die eerste sessie by die werksplek te gaan bespreek en tydens die tweede sessie word terugvoer gegee. Sodoende word werknemers gehelp om die materiaal oor te dra na die werksplek.

Die program is aangebied aan munisipale werkers van twee stede in die suidweste van die Verenigde State. In die eerste stad het 370 werknemers deelgeneem, terwyl 587 werknemers van die tweede munisipaliteit betrek is. Werkgroepe is op toevallige wyse toegewys aan 'n eksperimentele groep (werkgroep-opleiding) of 'n kontrole groep (tradisionele opleiding) of 'n tweede kontrole groep (geen intervensie). Twee opleidingsessies is vir elke opleidingsgroep beplan en is met 'n tussenpose van twee weke aangebied. Vraelyste is voor die intervensie, twee tot vier weke na die intervensie en ses maande na die intervensie voltooi. Deelname was vrywillig.

Daar was geen effek in enige van die groepe vir groepspersepsies en die ervaring van stres nie. Beide die werkgroep en tradisionele opleiding groepe se kennis oor die substansmisbruik beleid en oor die werknemerwelstandprogram het toegeneem. Daar was nie 'n verskil tussen die groepe nie. Wat drinknorme betref, het werkers in die tweede stad rapporteer dat medewerkers in die eksperimentele groep meer bereidheid getoon het om op te tree indien 'n medewerker 'n substansprobleem gehad het. Die eksperimentele groep het ook minder verdraagsaamheid getoon teenoor misbruik van medewerkers. Daar was minder stigma, minder blootstelling aan alkoholgebruik en 'n vermindering van die drinkkultuur in die eksperimentele groep. In teenstelling hiermee, het die tradisionele opleidingsgroep in stad 1 meer positiewe veranderinge getoon in drinknorme. Daar was dus gemengde resultate. Volgens die skrywers dui die resultate op ondersteuning vir beide die tradisionele opleidingsmodel en werkgroep-opleiding.

Holder (1990 en 1998) verkies 'n sisteembenadering tot die voorkoming van alkoholprobleme in die werksplek. Aangesien daar so baie ooreenkomste is tussen die sisteembenadering en die omgewingsbenadering, word die sisteembenadering as deel van die omgewingsbenadering bespreek. Holder is geïnteresseerd in die totale sisteem waaraan die werker behoort. Dit sluit in kulturele en sosiale groepe binne en buite die werksplek, die waardes en norme van hierdie groepe i.v.m. alkoholmisbruik, die patrone van alkoholgebruik, die rol van die gesin sowel as die fisiese en ekonomiese bekikbaarheid van alkohol in die werksplek en in die gemeenskap.

Holder (1990) beklemtoon die belangrikheid van die gemeenskapsisteem. Hierdie sisteem is dinamies en kompleks. Binne die gemeenskapsisteem speel verskillende faktore 'n rol, bv. kwantiteit van verbruik en drinkpatrone binne die gemeenskap, die regulering van alkoholverbruik, die beskikbaarheid van alkohol binne die gemeenskap, gemeenskapsnorme en waardes met betrekking tot alkoholmisbruik, wetlike implikasies, mortaliteit en morbiditeit, gesondheids- en maatskaplike dienste, behandelingsfasiliteite en ekonomiese faktore. Die alkoholindustrie speel ook 'n belangrike rol om alkoholverbruik te bevorder. Die werksplek is 'n belangrike subsisteem binne die gemeenskap en word deur die gemeenskap beïnvloed. Op sy beurt het dit weer 'n belangrike invloed op die gemeenskap.

Volgens Holder (1990) het 'n sisteembenadering belangrike implikasies vir voorkoming. Dit verbreed die basis van voorkoming en sluit vorige benaderinge in, eerder as om dit te vervang. Langtermynbeplanning word beklemtoon, eerder as korttermyn probleemoplossing. Die doel is om voorkoming na te streef op alle vlakke van die samelewing. Sosiale, politieke

en ekonomiese faktore word in ag geneem. Vir die werksplek behels dit dat wegbeweeg word van die fokus op individuele probleemdrinkers na die totale werkerskorps. Elke werknemer speel 'n rol in die totale sisteem van die werksplek en dra by tot die positiewe en negatiewe aspekte van die werksplek. 'n Sisteembenadering lei ook tot beter begrip van die interaksie tussen die wyer gemeenskap en die werksplek, bv. die nabyheid van drankwinkels aan werksplekke kan 'n rol speel in alkoholmisbruik by die werk. Die rol van die gesin om alkoholmisbruik te bevorder of te bekamp word ook erken.

Holder kom tot die volgende gevolgtrekkings i.v.m. alkoholvoorkoming:

- Omgewingsverandering wat drinknorme en die konteks waarin gedrink word, in ag neem, het meer sukses as opvoedkundige strategieë.
- Daar is 'n verband tussen die beskikbaarheid van alkohol en alkoholprobleme. Beperking van die beskikbaarheid van alkohol kan 'n effektiewe strategie wees.
- Verskeie voorkomingsstrategieë, bv. opvoeding saam met wetlike optrede het groter potensiaal om probleme te voorkom as enkelvoudige strategieë.
- Begrip van die totale gemeenskapsisteem van alkoholgebruik en -misbruik waarvan die werksplek 'n deel is, kan die ontwikkeling van effektiewe voorkomingsstrategieë vir die werksplek bevorder.
- Samewerking tussen die werksplek en die gemeenskap i.v.m. alkoholvoorkoming kan beide die werksplek en die breër gemeenskap bevoordeel.
- Ekonomiese faktore kan 'n belangrike rol speel om alkoholmisbruik te bekamp. Alkoholgebruik word beïnvloed deur die prys van alkohol.
- Die konteks waarbinne alkohol gebruik word kan bydra tot probleme. Kroeë by die werksplek kan bv. daartoe lei dat werknemers na werk alkohol gebruik en dan onder die invloed van alkohol bestuur.
- Die bevordering van 'n gesonde lewenstyl by die werk, kan daartoe bydra dat alkoholmisbruik verminder word. Dit word aanbeveel bo negatiewe strategieë wat werkers aanraai om nie te drink nie.

Geen evalueringstudies waar die sisteem benadering in die werksplek getoets is, kon gevind word nie. Holder het wel die idees verder ontwikkel vir toepassing in die gemeenskap (Holder, Saltz, Treno, Grube & Voas, 1997). Dit is nie duidelik hoe al die verskillende sisteme op praktiese wyse in 'n voorkomingsprogram in die werksplek betrek kan word nie.

Die verskillende sisteme is egter baie belangrik vir 'n begrip van die probleem en koördinerende tussen die werksplek en intervensiesisteme in die gemeenskap is nodig. Opsommend kan gesê word dat daar positiewe resultate verkry is deur die toepassing van voorkomingsmodelle wat gegrond is op die omgewingsbenadering (met inbegrip van die sisteembenadering).

### **2.6.3 Gesonde lewenstyl benadering (Health promotion)**

In teenstelling met die tradisionele benadering wat 'n simplistiese model voorstaan waar daar net alkoholafhanklike persone en normale alkoholgebruikers is, veronderstel die gesonde lewenstyl benadering en die lewensvaardighede benadering dat daar verskeie patrone van gebruik bestaan. Die wyse waarop werknemers alkohol gebruik wissel van geheelonthouding tot sosiale gebruik tot afhanklikheid. Aangesien daar volgens hierdie benaderings verskillende patrone van gebruik is, is daar nie net een moontlike oplossing vir die probleem nie. Benewens geheelonthouding, word verantwoordelike alkoholgebruik ook as 'n moontlike doelstelling voorgestaan.

#### **2.6.3.1 Uiteensetting van die benadering**

In Amerika word daar tans toenemend programme in die werksomgewing aangebied wat 'n gesonde lewenstyl bevorder. Alkoholmisbruikvoorkoming maak egter nog nie dikwels deel uit van hierdie programme nie (Cook & Youngblood, 1990). Cook en Youngblood verskaf verskillende redes vir die inkorporering van alkoholmisbruikvoorkoming by gesonde lewenstylprogramme:

- Oormatige alkoholgebruik is 'n gesondheidsrisiko.
- Die gebruik van alkohol en dwelms het 'n impak op al die fasette wat gewoonlik in 'n gesonde lewenstylprogram behandel word, nl. stresbeheer, gewigsbeheer, fisiese oefening, gesonde voeding en geestelike welsyn.
- Gesonde lewenstylprogramme het 'n positiewe benadering wat 'n bate kan wees vir die aanbieding van substansmisbruik voorkomingsprogramme. Daar is 'n stigma verbonde aan die onderwerp van substansmisbruik voorkomingsprogramme en dit kan voorkom word deur dit in te skakel by die gesonde lewenstylbenadering.
- Gesonde lewenstylprogramme kan meer mense bereik wat swaar drinkers is of soms dwelms gebruik, maar wat nog nie ernstige probleme ondervind nie. Hierdie persone sal waarskynlik nie bereik word deur tradisionele programme nie.

- Die gesonde lewenstylprogramme en die voorkoming van substansmisbruik kan wederkerig versterkend wees. 'n Gesonde lewenstyl maak dit makliker om die gebruik van alkohol en dwelms te beperk.

### **2.6.3.2 Bespreking van programme wat die gesonde lewenstylbenadering volg**

Daar is egter ook baie teenstand teen die insluiting van substansmisbruik programme by hierdie programme. Alkoholgebruik is steeds deel van die werkomgewing en sommige besture mag huiwerig wees om stappe te neem teen wat beskou word as aangename ontspanning en 'n wyse van spanbou. Volgens Cook en Youngblood (1990) kan hierdie besware hanteer word deur dit duidelik te stel dat alkoholmisbruikvoorkoming gemik is op matige alkoholgebruik en nie op geheelonthouding nie. 'n Verdere nadeel kan wees dat die klem van hierdie programme tot so 'n mate op 'n gesonde lewenstyl en die voorkoming van hartsiektes val, dat die voorkoming van alkoholmisbruik nie tot sy reg kom nie (Nathan, 1984). 'n Ander probleem mag wees dat personeel wat die gesonde lewenstylprogramme aanbied, verkies om te fokus op die positiewe en aangename aspekte van 'n gesonde lewenstyl en nie op die meer komplekse probleme van substansmisbruikvoorkoming nie. Daarby beskou baie lewenstylprogramme substansmisbruik as die terrein van werknemerhulpprogramme.

Volgens Cook en Youngblood (1990) het Shain twee suksesvolle programme beskryf waar alkoholvoorkoming en 'n gesonde lewenstylbenadering geïntegreer is. Die "Take-Charge" program is oor 6 uur aangebied en het aan deelnemers die geleentheid gebied om hulle lewenstyl met betrekking tot die voorkoming van hartsiektes, stres en die misbruik van alkohol te evalueer. 'n Geïntegreerde benadering is gevolg en inligting oor alkoholgebruik en die invloed op gesondheid is ingeweeft in die sessies oor fiksheid en stres. Vraelyste is voor en na die intervensie voltooi deur deelnemers en daar is gevind dat swaar drinkers hulle inname verminder het met 'n gemiddelde van 12.3 (mans) en 9 (vroue) drankies per week. Matige drinkers het ook hulle inname verminder. Daar was nie 'n kontrole-groep in hierdie studie nie.

"Beyond stress" was 'n opvoedkundige program waarin gefokus is op die aanleer van sosiale vaardighede en tegnieke van ontspanning. Die hipotese was dat substansmisbruik ook verminder sal word aangesien substansie dikwels gebruik word om spanning te verlig. In 'n kwasi-eksperimentele studie is gevind dat manlike matige drinkers hulle inname van alkohol betekenisvol verminder het. Hierdie veranderinge het nie in die kontrolegroep voorgekom nie.

Cook en Youngblood (1990) stel vervolgens 'n model voor waarvolgens substansmisbruik en 'n gesonde lewenstyl benadering geïntegreer kan word. Die model is gegrond op 'n kognitiewe gedragsverandering benadering, die vermoë van die persoon om self verantwoordelikheid te neem en sosiale ondersteuning van verandering.

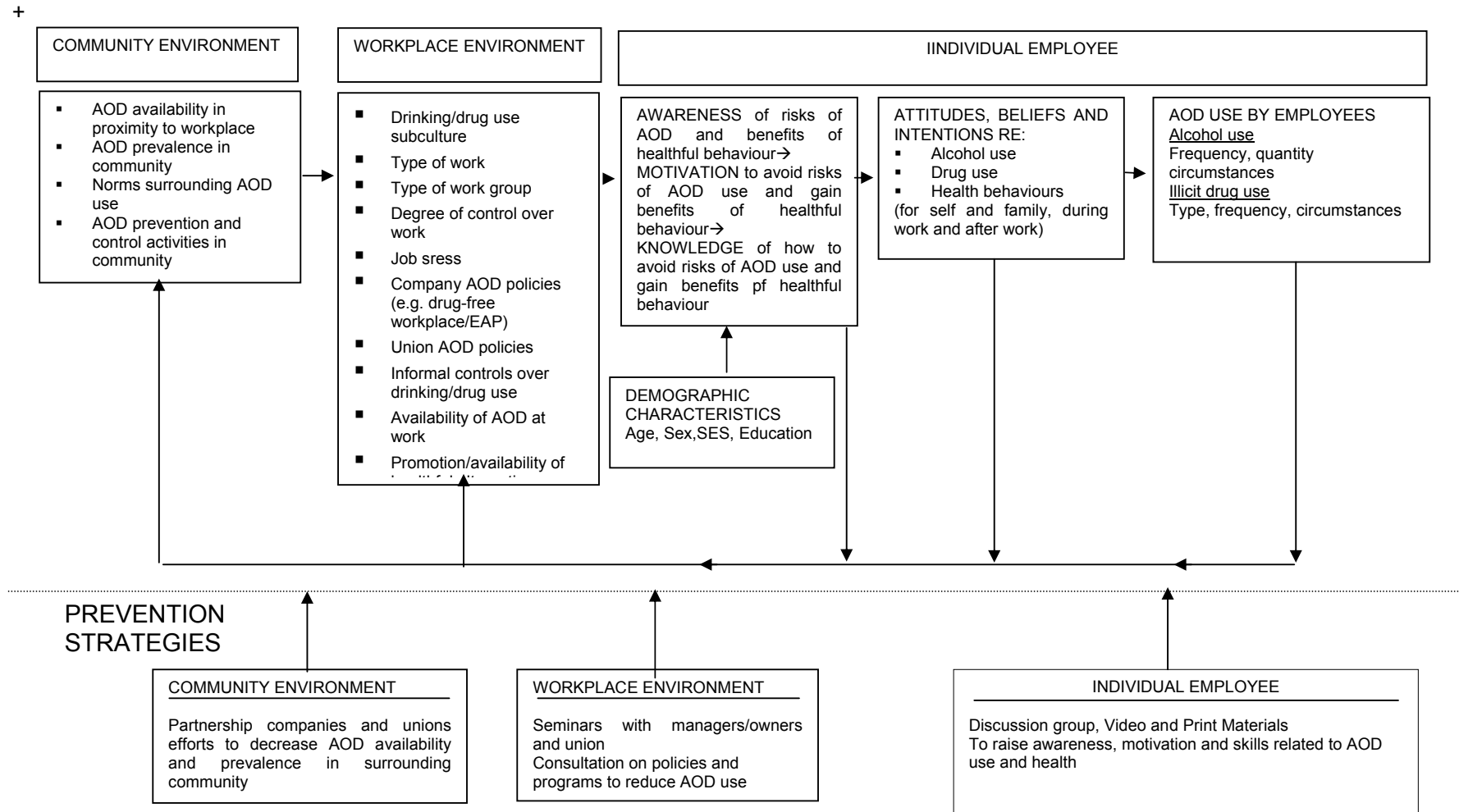
Volgens hierdie model moet individue oor bewustheid, motivering en kennis van die risiko's van substansmisbruik en ander gesondheidsrisiko's beskik voordat hulle gedrag sal verander. 'n Bewustheid van die risiko's lei tot motivering en kennis van metodes om gedrag te verander versterk die moontlikheid van gedragsverandering. Daar is twee besluitnemingspunte waar mense sal besluit om hulle gedrag te verander al dan nie. Die een geleentheid is wanneer die persoon aanvanklik besluit om sy gedrag te verander al dan nie en die ander wanneer die nuwe gedrag voortgesit word of wanneer daar 'n terugval is. Daar word ook rekening gehou daarmee dat mense nie op 'n permanente basis besluit om hulle gedrag te verander nie, maar dat daar gedurig geleentheid is vir hersiening van besluite. Sosiale ondersteuning van die huis en werksplek speel 'n prominente rol.

Die program is verder ontwikkel en getoets deur Cook, Back en Trudeau (1996). Die program is "SAY YES! Healthy Choices for Feeling Good," genoem en is aangebied by 'n vervaardigingsonderneming in die Noordoostelike Verenigde State. Die aanbieding het in drie sessies geskied en die volgende onderwerpe is gedek:

- Sessie 1: *Inleiding* (45 minute). Konsepte van 'n gesonde lewenstyl, persoonlike keuses en hoe die gebruik van substansie hiermee verband hou.
- Sessie 2: *Dwelms, alkohol en 'n gesonde leefstyl* (1½ uur). Onderzoek die belonings en koste verbonde aan die gebruik van alkohol en dwelms teenoor gesonde keuses soos ontspanningsoefeninge, fisiese oefening en ontspannende aktiwiteite. Riglyne word gegee vir verantwoordelike alkoholgebruik en vaardighede om alkohol en dwelms te weier.
- Sessie 3: *Gesonde keuses in aksie* (45 minute) Riglyne oor die proses van verandering soos realistiese doelstellings, verkryging van sosiale ondersteuning en die neem van klein stappe per keer word bespreek.

Die program is getoets d.m.v. eksperimentele navorsing. Positiewe resultate is gevind vir houdings teenoor gesondheid, motivering en die begeerte om minder te drink. Deelnemers het gevoel dat hulle meer beheer het oor hulle gesondheid en werk. Hulle was ook meer

positief oor hulle vermoë om hulle lewenstyl te verander. Daar is egter nie gedemonstreer dat die program gelei het tot 'n afname in alkoholgebruik nie. Die skrywers voer egter aan dat 'n verandering in houding en motivering gedragsverandering voorafgaan. Hulle sluit hierin aan by Prochaska en DeClemente se 'stages of change' model (Prochaska, DeClemente & Norcross, 1992). In terme van hierdie model beweeg drinkers vanaf pre-kontemplasie na kontemplasie na voorbereiding, na aksie na instandhouding en soms na terugval, waarna die proses weer begin. Op grond van hierdie navorsing en die werk van ander navorsers, stel Cook, Back en Trudeau (1996) ook 'n uitgebreide model voor wat die rol van die gemeenskap, die werksplek en eienskappe van die individuele werker integreer. Die model word as volg grafies voorgestel (Fig. 2.1). Die vloei van die diagram is van links na regs, m.a.w. gemeenskapsfaktore beïnvloed die werksplek en die werksplek beïnvloed die individu. Daar is egter ook 'n lyn wat terugvoering voorstel sodat die werksplek en die gemeenskap ook deur die individu beïnvloed word. Die skrywers behou die kognitiewe gedragsverandering-model en die klem op 'n gesonde lewenstyl, maar sluit ook elemente van die omgewingsbenadering in die werksplek en die invloed van die gemeenskap in. Die skrywers noem dat voorkomingsstrategieë op al drie vlakke ingestel behoort te word.



**Figuur 2.1: Model vir die voorkoming van substansmisbruik (Cook, Back, Trudeau, 1996).**



Op grond van hulle ondervinding met die *SAY YES! Healthy Choices for Feeling Good* program, het Cook, Back en Trudeau (1996) 'n nuwe program ontwikkel wat "*Working People: Decisions about Drinking*" genoem word. Die sentrale elemente van die program was die ontwikkeling van selfvertroue, verbetering van sosiale vaardighede en die versterking van sosiale ondersteuning. Die program het ook gefokus op die gevare van alkoholmisbruik en op die voordele van 'n gesonde lewenstyl. Daar is getrag om die aanbieding aantreklik te maak en videomateriaal is gebruik. Die program is geïmplementeer by 'n drukkersmaatskappy in Atlanta gedurende 1993 en 1994. Vier sessies van 30 minute elk, is aangebied. Die inhoud van die sessies was soos volg:

- **Sessie 1:** Hierdie sessie was die inleiding tot die program en die gevare van alkoholmisbruik is bespreek. Die voordele en nadele van alkoholgebruik is toegelig. Die idee van verminderde alkoholgebruik ("cutting down") is bekendgestel deur videovertonings en besprekingsgroepe. Deelnemers is gewaarsku dat persone wat dit moeilik vind om hulle alkoholinnome te verminder of voel dat hulle alkoholprobleme ondervind, ander hulp moet verkry. Inligting oor die maatskappy se werknemerhulpprogram is beskikbaar gestel.
- **Sessie 2:** Verdere inligting oor alkohol is verskaf asook definisies oor afhanklikheid en misbruik. Die konsep van matige gebruik is bespreek en is gedefinieer as twee drankies per dag vir mans en een vir vroue.
- **Sessie 3:** Die sessie het gefokus op besluitnemingsvaardighede en alkoholgebruik, die stel van persoonlike perke en praktiese maniere om inname te beperk. Sosiale vaardighede (bv. hoe om 'n drankie te weier) is aangeleer. Geskrewe materiaal oor alkoholmisbruik is ook beskikbaar gestel.
- **Sessie 4:** Die laaste sessie het gefokus op positiewe alternatiewe vir alkoholgebruik. Gesonde wyse van stres hantering deur oefening of sportdeelname, is bv. bespreek. Gesonde ouerskap is ook in die sessie behandel.

Die program is geëvalueer deur 'n voortoets-natoets kwasi-eksperimentele ontwerp. 'n Vraelys is gebruik om alkoholverbruik, houdings teenoor alkohol, intensies t.o.v. alkoholgebruik en houdings teenoor 'n gesonde lewenstyl te meet. Die vraelys is voor inskakeling by die program en onmiddellik daarna geadministreer. Die eksperimentele groep het bestaan uit 38 werknemers. Daar was twee kontrole groepe, een in dieselfde fasiliteit wat uit 26 werknemers bestaan het en een in 'n ander tak van die maatskappy wat uit 44 werknemers bestaan het. Die resultate het getoon dat daar betekenisvolle vermindering van alkoholgebruik was op twee items nl. aantal dae gedurende die vorige 30 dae waarop

alkohol geneem is, en aantal dae waarop meer as 5 drankies per geleentheid geneem is gedurende die voorafgaande 30 dae. Motivering om minder te drink het verbeter in die eksperimentele groep. Houdings teenoor 'n gesonde lewenstyl, het geen verskil getoon tussen die eksperimentele groep en kontrole groep nie. Die evaluering is egter onmiddellik na die implementering van die program gedoen sodat die langtermyn-effek van die program nie getoets is nie.

In die voortgaande ontwikkeling van die program, het Cook, Back, Trudeau en McPherson (2002) 'n nuwe model ontwikkel. Die skrywers het ervaar dat wanneer alkoholmisbruik nie prominent is in 'n gesonde leefstyl program nie, soos in die SAY YES! program, belangstelling in die program groot is. Die effek op alkoholverbruik is dan egter baie klein. Wanneer die alkohol-komponent egter beklemtoon word, is die effek op alkoholverbruik groter, maar die belangstelling in die program baie kleiner. 'n Program is dus ontwerp wat spesifiek sou inskakel by die gesonde leefstyl materiaal wat aangebied is. Die program is genoem die "Make the Connection" program (Cook et al. 2002). Daar was drie verskillende komponente van die program, nl. "The Stress Management Connection", "The Healthy Eating Connection" en "The Active Lifestyle Connection".

Die programevaluering is gedoen op die "Stress Management Connection" en "Healthy Eating Connection". Die doel van die studie was om die effek van alkoholmisbruikvoorkomingsmateriaal wat in 'n gesonde leefstylprogram aangebied word te toets op werknemers se houding en gedrag t.o.v. alkoholgebruik. 'n Sekondêre doelstelling was om te bepaal of die alkoholvoorkomingsmateriaal negatiewe implikasies inhou vir die impak van gesonde leefstyl materiaal.

'n Eksperimentele ontwerp is gevolg. Vrywillige deelnemers is op 'n toevallige wyse toegewys aan 'n gesonde leefstylgroep (GL) of 'n groep wat gesonde leefstyl en alkoholmisbruikvoorkoming ingesluit het (GL+A). Die groepe is vòòr, een maand nà en 10 maande nà die intervensie getoets. 'n Vraelys, die "Health Behaviour Questionnaire," is gebruik om die verskillende konstrunkte te meet. Daar is twee studies gedoen, die eerste met stresshantering en die tweede met gesonde eetgewoontes. Daar was nie 'n 'geen behandeling' kontrolegroep nie. In die eerste studie het 209 werknemers deelgeneem, in die tweede studie 210.

Die intervensie vir die stresshanteringgroep het bestaan uit drie sessies van 45 minute elk. Die eksperimentele groep het ook materiaal ontvang oor alkoholmisbruikvoorkoming. Dit het

bestaan uit videomateriaal, gedrukte materiaal en 'n kort bespreking. Die materiaal het alkoholmisbruik en ander substansmisbruik gekontrasteer met gesonde hantering van stres. Die gesonde leefstylgroep het slegs die materiaal oor streshantering ontvang. Die gesonde eetgewoontes studie is op dieselfde wyse aangebied. In hierdie geval het die substansverwante materiaal in die eksperimentele groep gehandel oor die struikelblokke wat substansmisbruik veroorsaak in die strewe na 'n gesonde eetpatroon en gewigsverlies. Riglyne is gegee oor die vermindering van alkoholgebruik. In teenstelling met die streshanteringsgroep, is al die materiaal oor substansgebruik in die laaste sessie aangebied. Dit is gedoen aangesien die groep oor streshantering gevoel het dat daar te veel aandag aan alkoholgebruik gegee is.

Daar was min verskille tussen die eksperimentele groep (GL+A) en kontrole groep (GL) in die effek van substansgebruik in die streshanteringsgroepe. Die enigste betekenisvolle verskil was die gebruik van substansie om stres te hanteer in die tweede na-toets. Die eksperimentele groep het minder van substansie gebruik gemaak om stres te verlig. Daar was 'n betekenisvolle verbetering vir die hantering van stres in albei groepe. Albei groepe het ook hulle inname van alkohol verminder. In die gesonde eetgewoontesgroepe was daar wel 'n betekenisvolle verskil tussen die eksperimentele groep (GL+A) en kontrole groep (GL). Die eksperimentele groep het hoër metings gehad op die konneksie tussen gesondheid en alkoholgebruik konstrueer en was ook meer bewus van die risiko's van substansmisbruik. Die groepe het nie verskil wat die gebruik van alkohol betref nie. Daar was betekenisvolle verbetering in die gesonde eet en gewigsbeheer metings in albei groepe.

Die studie het getoon dat inligting oor alkohol en ander substansmisbruik in programme oor 'n gesonde leefstyl geïnkorporeer kan word, sonder om 'n negatiewe impak op die oorspronklike program te hê. Voorts het dit ook geblyk dat alkoholverbruik verminder het in die streshanteringsgroep, met of sonder die materiaal oor substansie. Cook, et al. (2002) verwys na die werk van Snow en Kline (1994, 1995) wat later in hierdie hoofstuk bespreek word en noem dat sy bevindinge 'n verdere aanduiding is dat veral programme oor streshantering kan bydra tot die vermindering van alkoholgebruik.

Towers, Kishchuk, Sylvestre, Peters en Bourgault (1994) en Kischuk, Peters, Towers, Sylvestre, Bourgault en Richard (1994), beskryf en evalueer 'n alkoholmisbruik-voorkomingsprogram wat gedurende 1991 aangebied is aan werknemers van 'n organisasie in Kanada. Die program word beskryf as 'n gesonde leefstyl program aangesien die doelstelling is om nie-afhanklike gebruikers te leer om alkohol op 'n gesonde en

verantwoordelike wyse te gebruik. Die doel is verder om alkoholverwante probleme te verminder. Dit kan ook alkoholafhanklikheid voorkom deurdat mense leer om alkohol matig te gebruik voordat afhanklikheid intree. Dit is gemik op die totale werkerskorps en nie uitsluitlik op swaar drinkers nie. Die idee hiermee is om die normatiewe aard van gesonde drinkpatrone te bevestig. Die program verskil van ander gesonde leefstyl programme aangesien dit nie ander leefstylprobleme (bv. streshantering) insluit nie. Opvoeding oor voeding word wel gebruik as 'n kontrole groep om 'n placebo-effek te toets.

Die probleme wat ondervind word met die aanbieding van 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram in die werksplek, word uitvoerig in die een artikel bespreek (Towers, et al. 1994). Dit behels o.a. dat werknemers dikwels die bestaan van alkoholprobleme ontken, dat daar 'n stigma verbonde is aan die onderwerp, dat werknemerhulpprogramme wat meer gefokus is op behandeling dikwels weerstand bied, dat daar 'n permissiewe werkkultuur mag bestaan en dat bestuur dus skepties mag wees oor die waarde van die program, dat werknemersverenigings teenstand mag bied, dat daar bekommernis mag wees oor konfidensialiteit en gevolglike beroepsekuriteit en dat deelname gedurende werktyd en skofwerk die implementering van die program kan bemoeilik.

Die program het bestaan uit 'n behoeftebepaling, 'n formatiewe evaluering, die implementering van die hersiene program en 'n formele evaluering van die effektiwiteit van die program. Die intervensie het bestaan uit twee 30 minute sessies oor gesonde drinkpatrone en verantwoordelike alkoholgebruik. 'n Positiewe en humoristiese aanbiedingstyl is gevolg. Die sessies is deur groepe van 10 tot 15 persone per keer bygewoon.

Aanvanklik is 'n kognitiewe en gedragsverandering-benadering gebruik. Die volgende inhoud is ingesluit:

- Self-monitering van alkoholgebruik.
- Inligting oor wat verantwoordelike en veilige gebruik van alkohol behels.
- Tegnieke om verbruik te verminder soos die beplanning van drankies, die tel van drankies, die neem van nie-alkoholiese drankies tussen alkoholiese drankies en die stadiger inname van alkohol.
- Tegnieke om moeilike situasies te hanteer bv. deur streshantering, assertiwiteit en vaardighede om drankies te weier.

'n Formatiewe evaluering is gedoen met behulp van kwalitatiewe navorsingsmetodes. Die inhoud van die program is aansienlik gewysig na aanleiding van die formatiewe evaluering. Die begrip van veilige alkoholgebruik was vir die deelnemers onaanvaarbaar. Die maksimum limiet van 14 drankies was meer as wat hulle per week gedrink het. Die navorsers het 'n daaglikse limiet van vier drankies per dag vir mans en drie vir vroue behou. Die idee van gekontroleerde alkoholgebruik was ook nie vir deelnemers aanvaarbaar nie, aangesien hulle gevoel het dat dit impliseer dat hulle wel 'n alkoholprobleem het. Deelnemers was baie geïnteresseerd in die sosiale koste van alkoholmisbruik en hoe om teenoor vriende en familie op te tree wat wel alkoholprobleme ondervind.

Die finale vorm van die program het gevolglik klem gelê op:

- Die vermeerdering van kennis oor alkohol.
- Houdingsverandering teenoor sosiaal verantwoordelike alkoholgebruik.
- Verbeterde vertroue in eie vermoëns om alkoholverbruik te beheer.

Klem is ook gelê op die vermoë om ander persone wat gedrink het, te help om verantwoordelik op te tree. In hierdie program word daar dus nie net aandag gegee aan die vermeerdering van kennis nie, maar aan die vaardighede van die werknemers om hulle gedrag te verander.

Die formele evaluering het getoon dat sosiale verantwoordelike houdings verbeter het en dat 'n verminderde weeklikse verbruik van alkohol gerapporteer is. Die sosiaal verantwoordelike aspek sluit inhoude in oor hoe om familie en vriende te beskerm teen die gevolge van alkoholmisbruik, die vermindering van die koste van alkoholmisbruik deur die beklemtoning van individuele verantwoordelikheid en verantwoordelike gedrag, wanneer alkohol wel gebruik word. Aangesien werkers nie gekonfronteer word met oproepe om hulle eie drinkgedrag te verander nie, is hierdie inligting meer aanvaarbaar en het dit potensiaal vir toekomstige programontwikkeling.

Heirich en Sieck (2000) het 'n studie gedoen om te bepaal of hulpverlening t.o.v. kardiovaskulêre probleme 'n effektiewe wyse kan wees waardeur alkoholprobleme ook aangespreek kan word. Die skrywers het geredeneer dat alkoholprobleme 'n risikofaktor is vir kardiovaskulêre probleme en gevolglik word inligting oor alkoholgebruik dikwels gekry wanneer kardiovaskulêre probleme geassesseer word.

Die teorie onderliggend aan hulle benadering is dat mense dikwels nie bewus is van risikogedrag nie of dit nie as belangrik beskou nie. Die eerste stap is om mense bewus te maak dat hulle gedrag 'n gesondheidsrisiko inhou. Die inligting moet egter nie te bedreigend wees nie, anders word dit onderdruk. Wanneer die persoon bewus is van die risiko, moet inligting verskaf word oor wyses om die gedrag te verander, vertrouwe in eie vermoë om te verander moet ontwikkel word en sosiale ondersteuning moet gebied word. Hierdie skrywers volg dus dieselfde gedragsverandering-strategie as Cook and Youngblood (1990), wat reeds bespreek is.

Hierdie studie ondersoek ook die verskil tussen gesondheidsopvoeding in groepverband teenoor individuele opvolg. Die inhoud van die program word nie bespreek nie. Daar word slegs genoem dat die werknemers gesondheidsopvoeding ontvang het in groepsverband of deur pro-aktiewe individuele opvolg. Twee duisend werknemers het aan die studie deelgeneem. Die werknemers is op toevallige wyse toegewys aan 'n groep wat individueel opgevolg is of 'n groep wat in groepsverband inligting ontvang het. Aanvanklik was die respons op uitnodigings baie laag. Beraders het egter die werknemers by hulle werkstasies besoek en die assessering van gesondheid is daar gedoen. Dit het gelei tot 'n toename in belangstelling. Mense het veral baie belang gestel in mediese evaluering, bv. bloeddruk- en cholesterol-toetse.

Die helfte van die groep wat geassesseer is, is drie jaar later weer geassesseer. Betekenisvolle resultate is verkry t.o.v. algemene kardiovaskulêre gesondheidsrisiko's. Die studie het ook bevestig dat kardiovaskulêre opvoeding 'n effektiewe wyse kan wees om alkoholprobleme aan te spreek. Tydens opvolg het 43% van die werknemers wat aanvanklik geïdentifiseer is as hoë risikodrinkers hulle drinkgedrag verminder tot veilige perke of ophou drink. Individuele opvolg was meer suksesvol as 'n groepbenadering.

Volgens Heirich en Sieck (2002) is hulle werk gegrond op 'n model, die "Wellness Outreach at Work model", wat ontwikkel is deur Jack Erfurt en Andrea Foote by die Michigan Institute of Labor and Industrial Relations. In 'n verdere studie met werknemers van 'n universiteit wat ingeskakel is by 'n bestuurde gesondheidsorgprogram, is verskillende afdelings van die universiteit op toevallige wyse verdeel in 'n eksperimentele en kontrole groep. Die program begin steeds met 'n assessering van werknemers se gesondheid (health screening), waarna werknemers individueel opgevolg en beraad word. Die kontrole groep het geen intervensie gekry nie. Vyftig persent van persone wat tydens die pre-toets as swaar drinkers geïdentifiseer is, het hulle alkoholinnome verminder en 25% van hulle se alkoholinnome kon

na die intervensie as veilig geklassifiseer word. Twee-en-veertig persent van potensiele probleemdrinkers se inname was ook na die intervensie op veilige vlakke. Die inligting vir die kontrole groep was nog nie beskikbaar nie.

Heirich en Sieck (2002) toon aan dat proaktiewe assessering van gesondheidsrisiko's en individuele opvolg wel positiewe resultate toon vir die voorkoming van alkoholmisbruik.

Richard, Kehoe, Heather en Wodak (2000) het ook die effek van 'n gesonde lewenstylprogram op alkoholmisbruik getoets. Die hipotese was dat 'n gesonde lewenstylprogram, wat assessering van gesondheidstatus en korttermyn intervensie vir alkoholmisbruik ('brief intervention') insluit, sal lei tot:

- laer gemiddelde verbruik by die eksperimentele groep en
- 'n afname in die aantal werknemers wat meer as die aanbevole veilige perk van die 'National Health and Medical Research Council' van Australië drink.

Die program is aangebied by poskantore in Sydney, Australië. Agt poskantore is op toevallige wyse toegewys aan 'n eksperimentele groep of kontrolegroep. Driehonderd en twintig werknemers (149 in die eksperimentele groep en 171 in die kontrole groep) het die pre-toets en na-toets voltooi, alhoewel baie meer werknemers deelgeneem het aan die program en in verskillende fases verskillende meetinstrumente voltooi het.

Die program het bestaan uit die volgende komponente:

- Vergaderings met bestuur en verteenwoordigers van die werknemers om hulle samewerking te verkry.
- Pamflette, plakkate en artikels om die program bekend te stel.
- 'n Siftingsproses waardeur werknemers met hoë risiko gewoontes geïdentifiseer is d.m.v. 'n vraelys. Inligting is bekom oor alkoholgebruik (kwantiteit en frekwensie van gebruik), gewig, rook en stres.
- Fokusgroepe is gehou om houdings teenoor alkoholgebruik te bepaal, opinies te verkry oor die alkoholbeleid en ondersoek in te stel na werkroetines en strukture wat alkoholverbruik beïnvloed.
- Die eksperimentele groep is blootgestel aan 'n algemene program wat 'n gesonde lewenswyse bevorder en wat bewusmaking en bevordering van deelname ten doel gehad het. Die werknemers se gesondheid is daarna geassesseer en 'n korttermyn

behandelingsprogram is aangebied vir persone wat alkohol misbruik het. Werknemers wat baie afhanklik was van alkohol, is uitgesluit en vir ander vorme van behandeling verwys.

- Die korttermyn behandelingsprogram (vir alkohol probleme) het bestaan uit advies oor die effek van oormatige gebruik, die vergelyking van die persoon se drinkgewoontes met die van die gemiddelde vir Australië, inligting oor strategieë om minder te drink, motiverende berading en selfhelp materiaal.
- Personeel met ander probleme as alkohol (gewig, rook en stres) het ook selfhelp materiaal en korttermyn hulpverlening gekry.

Daar was nie 'n afname in alkoholverbruik vir die organisasie as geheel nie. Daar was egter 'n afname in die aantal drankies van vroue in die eksperimentele groep vir wie basislyn- en opvolginligting beskikbaar was. Die navorsers kom tot die gevolgtrekking dat gesonde lewenstylprogramme wel sommige werknemers kan help om hulle alkoholverbruik te verminder. Die werk van Heirich en Sieck (2000, 2002) en Richard et al. (2000) het albei positiewe resultate getoon. Dit kan egter as 'n vorm van sekondêre voorkoming beskryf word, aangesien daar alreeds indikasies van probleemgedrag by die teikengroep aanwesig is wanneer die intervensie ingestel word. Voorts is individuele opvolg van werknemers baie duur in terme van mannekrag en dit weerlê die argument dat meer mense deur voorkomingsaksies bereik kan word en dat dit meer koste-effektief is as behandeling.

#### **2.6.4 Lewensvaardighede benadering (Hanteringsvaardighede benadering)**

Die lewensvaardighede benadering word veral voorgestaan deur Snow en Kline en hulle medewerkers (Kline & Snow, 1994; Snow & Kline, 1995; Snow, Swan & Wilton, 2002; Snow, Swan, Raghavan, Connell & Kline, 2003).

##### **2.6.4.1 Uiteensetting van die benadering**

Belangrike konsepte in die lewensvaardighede benadering is dié van risiko faktore en beskermende faktore. Risiko faktore is eienskappe in individue of in hulle omgewing wat bydra tot psigologiese probleme (bv. depressie) en substansmisbruik. Beskermende faktore is faktore wat 'n persoon se reaksie op risiko faktore verminder, verander of aanpas sodat die risiko faktore nie lei tot negatiewe gevolge nie (Snow, Swan & Wilton, 2002). Beskermende faktore sluit lewensvaardighede en sosiale ondersteuning in. Die lewensvaardighede model postuleer dus dat stressore by die werk en gesin en 'n vermydingstyl van probleemhantering



risiko faktore is vir die ontstaan van sielkundige probleme en substansmisbruik, terwyl aktiewe probleemoplossingstyle en sosiale ondersteuning beskermende faktore is. Die verband tussen werkstres en alkoholmisbruik is reeds bespreek in die afdeling oor die sosiale omgewingsbenadering. Martin, Roman en Blum (1996) het gevind dat daar 'n verband tussen werkstres, sosiale ondersteuning by die werk en deelname aan drinknetwerke by die werk is. Hierdie faktore is veral belangrik waar werknemers aandui dat hulle alkohol neem om te ontvlug. Seeman, Seeman en Budros (1988) het 'n indirekte verband gevind tussen sosiale isolasie, werksprobleme en alkoholmisbruik. Billings en Moos (1983) het bevind dat aktiewe hantering van probleme en sosiale ondersteuning meer voorgekom het by alkoholafhanklike persone wat gerehabiliteer het as by dié wat 'n terugval beleef het. Daar is dus ondersteuning in die literatuur vir 'n model van voorkoming wat werkstres, stressore in die gesin, lewensvaardighede, sosiale ondersteuning en substansmisbruik in verband bring.

#### **2.6.4.2 Bespreking van programme wat die lewensvaardighede benadering volg**

Snow en Kline (1995) het 'n studie gedoen om hierdie model te toets. Die studie is bekend as die "Yale Work and Family Stress Project." Deelnemers was 239 vroulike, klerklike werkers in ondernemings in Connecticut. Eenhonderd-ses-en-dertig werknemers was in die eksperimentele groep, terwyl 103 in die kontrole groep was. In die opvolgevaluering is 125 werknemers in die eksperimentele groep en 80 in die kontrole groep getoets. Na ses maande is 110 persone in die eksperimentele groep en 75 in die kontrole groep getoets. Na 20 maande is 90 werknemers in die eksperimentele groep en 68 in die kontrole groep weer getoets.

Uitnodigingsbriewe is aan alle geskikte werknemers gestuur en die wat vrywillig aangemeld het, is op toevallige wyse aan 'n eksperimentele en kontrole groep toegeken. Die intervensie het bestaan uit 15 sessies van 1½ uur elk wat aan groepe van 10 tot 12 werknemers aangebied is. Die inhoud het gehandel oor stres hantering, kognitiewe herstrukturering, probleemoplossing, kommunikasie, assertiwiteit, en persoonlike ondersteuning.

Vraelyste is gebruik om risiko faktore, beskermende faktore, sielkundige aanpassing en substansgebruik te meet. Tydens die natoets was daar 'n vermindering in rolstres by die eksperimentele groep. Na ses maande het die eksperimentele groep minder stres vanuit hulle omgewing ervaar en minder gebruik gemaak van die vermydingstyl van probleemhantering. Werknemers in die eksperimentele groep het ook tydens die opvolgevaluering meer ondersteuning vanuit die werksomgewing gerapporteer en groter

gebruik van aktiewe hanteringsvaardighede. Die eksperimentele groep het ook minder sielkundige probleme getoon en minder substansgebruik tydens die ses maande opvolg. Selfs tydens die 22 maande opvolg was daar steeds positiewe resultate wat betref die gebruik van alkohol en tabak en die vermindering van fisiese siekte-simptome. Werknemers in die eksperimentele groep het ook meer ondersteuning getoon van bronne buite die werksplek en het meer aktiewe hanteringsvaardighede benut. Die skrywers noem dat sommige effekte van die program (vermindering van alkoholgebruik, vermindering van die vermydingstyl van probleemhantering en vermindering in angstigheid) eers na ses maande na vore gekom het. Sommige effekte het dus tyd nodig om te ontwikkel, aangesien deelnemers die nuwe vaardighede in hulle alledaagse lewe moet toepas.

Hierdie studie is opgevolg met 'n tweede soortgelyke studie. Daar is een sessie bygevoeg by die inhoud van die program en die gebruik van alkohol om stres te hanteer, is meer direk aangespreek. Die deelnemers was 468 werknemers betrokke by drie organisasies in Connecticut. In die opvolgevaluering is 72,6% van die oorspronklike groep behou. 'n Ekstra kontrolegroep is bygevoeg wat bestaan het uit agt sessies waarin hoofsaaklik inligting gegee is oor stres, substansgebruik en bronne wat in die gemeenskap beskikbaar is. Die veranderlikes is weer met behulp van vraelyste gemeet.

Deelnemers in die eksperimentele groep het 'n groter vermindering rapporteer in stres in hulle rolle as lewensmaats en ouers as die kontrole groepe. Werknemers in die eksperimentele groep het meer gebruik gemaak van sosiale ondersteuning as hanteringsmeganisme, terwyl die ander groepe geen verbetering getoon het nie. Die eksperimentele groep het minder gebruik gemaak van sosiale onttrekking as 'n hanteringsvaardigheid as die ander groepe. Die eksperimentele groep het beduidend beter gevaar wat die effek op alkoholgebruik betref, as die kontrolegroepe. In albei hierdie studies het dit dus geblyk dat 'n lewensvaardighede benadering tot substansmisbruikvoorkoming suksesvol kan wees.

Ander skrywers het ook die effek van 'n lewensvaardighede model op substansgebruik ondersoek. Brochu en Souliere het reeds in 1988 'n langtermynevaluering gedoen van 'n program wat in 1982 aan nuwe werkers aangebied is by 'n militêre instelling in Kanada. Die teorie onderliggend aan die program behels dat 'n gebrek aan lewensvaardighede en streshanterings-meganismes lei tot alkoholmisbruik. Dit word aanvaar dat mense wat oor lewensvaardighede beskik in staat is om moeilike situasies beter te hanteer en hulle behoeftes op positiewe wyses te bevredig. Hulle kan, volgens die uitgangspunt van die

navorsers, ook sosiale invloed beter weerstaan. Die program is gebaseer op 'n kognitiewe gedragsverandering benadering. Die hipotese was dat die program sou lei tot

- meer kennis van alkohol en dwelms, en
- meer negatiewe houdings teenoor alkohol en dwelms.

Die oorspronklike program het bestaan uit die aanbied van 'n lewensvaardighedeprogram aan 'n eksperimentele groep van 200 werkers. Die kontrole groep (235 werkers) het geen intervensie ontvang nie. Nuwe werkers is op toevallige wyse toegewys aan een van die kondisies. Die program is getoets onmiddellik na die afloop van die program en een maand later. Brochu en Souliere (1988) het die program weer evalueer na 'n verloop van drie jaar. Die monster het toe bestaan uit 124 persone in die eksperimentele groep en 205 in die kontrole groep.

Die inhoud van die program word nie bespreek nie. Die opvolgevaluering het bestaan uit 'n gestruktureerde telefoniese onderhoud en die oorspronklike vraelyste wat in die voor- en natoets gebruik is. Inligting oor substansmisbruik is ook ingesamel, alhoewel dit nie deel uitgemaak het van die oorspronklike vraelyste nie.

Die program het nie gelei tot meer kennis oor alkohol en dwelms nie. Die houding van die eksperimentele groep teenoor dagga was meer negatief, ook op die langtermyn. Die houding teenoor alkohol en tabak was meer negatief na een maand, maar nie na drie jaar nie. Tydens die opvolg-evaluering na drie jaar, is bevind dat meer persone in die eksperimentele groep gedurende die voorafgaande jaar dagga gebruik het as persone in die kontrole groep. Die navorsers kom tot die gevolgtrekking dat 'n lewensvaardighede benadering meer geskik is vir pre-adolessente as vir post-adolessente en meer geskik is vir sekondêre voorkoming as primêre voorkoming.

Die verskillende benaderings word in Tabel 2.2 opgesom.

**Tabel 2.2 Opsomming van benaderings in die voorkoming van alkoholmisbruik in die werksplek**

<b>BENADERING</b>	<b>TRADISIONELE</b>	<b>OMGEWINGSVERANDERING</b>	<b>GESONDE LEWENSTYL</b>	<b>LEWENSVAAARDIGHEDE</b>
<b>OORSAAKLIKE FAKTORE</b>	Genetiese faktore Alkohol is 'n siekte Gebrek aan kennis	Omgewingsfaktore Stres, kultuur, norme, waardes van die werksplek Besikbaarheid	Bewustheid van gezondheidsrisiko's ontbreek Motivering Gebrekkige sosiale ondersteuning	Probleme in werk en gesin Stres Gebrek aan sosiale ondersteuning Vermydningstyl van probleemhantering
<b>PROBLEEM</b>	Alkoholafhanklikheid	Alkoholgebruik wat werkverrigting strem Ongesonde drinkpatrone	Ongesonde drinkpatrone	Ongesonde drinkpatrone
<b>INTERVENSIË</b>	Vroeë identifisering en hulpverlening. Alkoholbeleid, Opvoeding om kennis te verbeter. Toetsing vir substansie	Verminder risikofaktore wat lei tot misbruik	Opvoedkundige metodes, aanleer van sosiale vaardighede, oorweging van waardes, kognitiewe gedragsverandering	Kognitiewe gedragsverandering Sosiale vaardighede
<b>DOELSTELLING</b>	Alkoholvrye lewenstyl	Afname in alkoholgebruik, nie geheelonthouding, verantwoordelike gebruik	Afname in alkoholgebruik, nie geheelonthouding, verantwoordelike gebruik	Verantwoordelike alkoholgebruik
<b>EVALUERING</b>	Vermeerdering van kennis. Nie effek op alkoholgebruik.	Vermindering van alkoholgebruik Toename in verantwoordelikheid Vermindering in negatiewe effek van substansmisbruik	Positiewe resultate m.b.t. houding teenoor alkoholgebruik, gesondheid en begeerte om minder te drink Afname in alkoholgebruik	Vermindering in alkoholgebruik en vermindering in negatiewe effek van substansmisbruik op werk. Meer sosiale ondersteuning Beter lewensvaardighede.
<b>STUDIES</b>	Albertyn & McCann, 1993 Cyster & McEwan, 1987 McLatchie et al., 1981 Roman & Blum 1990 Roman & Blum, 1996 (literatuuroorsig) Strydom, 1997 Trice & Sonnenstuhl, 1990	Ames & Janes, 1990 Ames, 1993 Ames, Grube & Moore, 1999 Delaney & Ames, 1995 Holder, 1990 Stolzfus & Benson, 1994 Trice & Sonnenstuhl, 1990 Walsh et al. 1993.	Cook & Youngblood, 1990 Cook, Back & Trudeau, 1996 Heirich & Sieck, 2000 Richard et al. 2000 Towers et al. 1994	Brochu & Souliere, 1988 Kline & Snow 1994 Snow & Kline 1995 Snow, Swan & Wilton, 2002 Snow, Swan, Raghaven, Connell & Kline, 2003.

## 2.7 Die waarde van voorkomingsprogramme

Alhoewel daar baie vrae gevra word oor die waarde van voorkomingsprogramme (Moskowitz, 1989; Holder, 1990), was daar ook positiewe bevindings. Smart en Mann (1995) het bv. 'n beskrywende studie gedoen oor alkoholverbruik, alkoholprobleme en voorkomingsprogramme in Ontario vanaf 1975 tot 1993. Hulle belangrikste bevindinge was

- 'n Stabilisering en geleidelike afname in per capita verbruik oor die tydperk.
- 'n Groot vermindering in probleme soos lewersirroose asook drink en bestuur.
- 'n Belangrike toename in voorkomingsprogramme.
- 'n Belangrike toename in die aantal persone wat behandeling vir alkoholisme ondergaan het en by die AA ingeskakel het.

Volgens hierdie studie het die prys van alkohol stabiel gebly oor die tydperk en beskikbaarheid van alkohol het toegeneem. Die navorsers bespreek eksterne faktore wat 'n uitwerking op die bevindinge kon gehad het, maar kom tog tot die gevolgtrekking dat die toename in voorkoming en behandeling 'n impak gehad het op die vermindering van probleme. Sommige van die voorkomingsprogramme het voortgebou op bestaande programme, bv. die AA, terwyl werksplek voorkomingsprogramme toegeneem het van feitlik geen programme aan die begin van die tydperk nie, tot 'n groot aantal programme aan die einde van die tydperk.

## 2.8 Riglyne vir voorkomingsprogramme

Uit die teoretiese bespreking kan gevolgtrekkings gemaak word wat belangrik is vir die ontwikkeling van 'n voorkomingsprogram:

- Volgens Roman en Blum (1990) is baie sukses behaal met werknemerhulpprogramme. Hierdie programme is egter gerig op persone wat reeds werkprobleme ondervind as gevolg van alkoholmisbruik. Identifisering van hierdie persone is nie 'n maklike taak nie en daar kan dus aanvaar word dat sodanige persone reeds ernstige alkoholprobleme ondervind wanneer hulle tot die program toegelaat word. In hierdie gevalle kan daar dus eerder van hulpverlening as voorkoming gepraat word.
- Programme moet gebaseer wees op bestaande kennis en navorsing oor die oorsake van alkoholmisbruik, voorkomingstrategieë en metodes van gedragsverandering (Lewis, Dana & Blevins, 1994).

- Die program moet gerig wees op die behoeftes van 'n spesifieke groep persone. Dit impliseer dat die program gebaseer moet wees op navorsing (Ames, 1993; Strydom, 1997). 'n Behoeftebepaling, wat ook kan dien as 'n basislyn waarteen die sukses van die program gemeet kan word, is noodsaaklik (Lewis, Dana & Blevins, 1994).
- Dit blyk dat programme wat slegs gerig is op die vermeerdering van kennis, min of geen effek het nie (Moskowitz, 1989; Pentz, 1999).
- Opvoedkundige programme wat gebaseer is op 'n kognitiewe gedragsveranderingmodel, en 'n waarde/besluitneming model was meer suksesvol (Stolzfus & Benson, 1994; Kischuk, et al. 1994).
- Gesonde lewenstylprogramme kan 'n goeie geleentheid bied vir alkoholvoorkoming (Cook & Youngblood, 1990; Heirich & Sieck, 2000). Hierdie programme word egter nie dikwels in Suid-Afrikaanse organisasies aangebied nie. Daarbenewens bestaan die gevaar ook dat alkoholmisbruik onderbeklemtoon sal word in 'n program wat fokus op 'n gesonde lewenstyl.
- Die multifaktoriale aard van die oorsake van alkoholmisbruik word beklemtoon (Trice & Sonnenstuhl, 1990; Walsh, et al., 1993; Ames, 1993; Cook, et al., 1996). Hieruit blyk dit dat enkelvoudige strategieë om die probleem te voorkom, minder suksesvol is as meervoudige strategieë wat op verskillende aspekte van die probleem fokus. Daar moet op die individu sowel as die omgewing gefokus word.
- Samewerking tussen verskillende sisteme word ook beklemtoon (Holder, 1990; Ames, 1993). Samewerking tussen personeel van werknemerhulpprogramme en personeel van voorkomingsprogramme is nodig, indien dit verskillende sisteme van hulpverlening behels. Die bestuur, supervisors, werknemersverenigings en werknemers self moet betrek word by al die fasette van die program vanaf beplanning tot evaluering. Ander sisteme in die organisasie, bv. personeeldienste en gesondheidsklinieke en organisasies in die gemeenskap kan ook 'n belangrike rol speel. Die families van werknemers kan ook ingesluit word.
- Dit is belangrik dat werknemers bemagtig word en eienaarskap van die program aanvaar (Stolzfus & Benson, 1994). Interaktiewe aanbiedingsmetodes moet gevolg word.
- Klem word gelê op die verandering van die drinkkultuur van die organisasie en die belangrike rol wat drinknorme speel in die instandhouding van probleemdrinkery. Mens se houding ('beliefs') teenoor alkoholgebruik en -misbruik bepaal ook tot 'n

groot mate hulle optrede (Moskowitz, 1989; Albertyn & McCann, 1993; Ames, 1993; Walsh, et al., 1993; Stolfus & Benson, 1994). Die bespreking en ontwikkeling van 'n alkoholbeleid word soms gebruik om die kultuur van die organisasie te beïnvloed (Trice & Sonnenstuhl, 1990; Stolfus & Benson, 1994).

## 2.9 Samevatting

In hierdie hoofstuk is die literatuur oor die voorkoming van alkoholprobleme in die algemeen en in die werksplek in besonder, opgesom. Belangrike gevolgtrekkings is gemaak oor watter elemente noodsaaklik is vir suksesvolle voorkomingsprogramme. Uit die literatuurstudie is dit duidelik dat programme wat gerig is op die vermeerdering van kennis oor alkohol en die gevolge van alkoholmisbruik geen effek het op alkoholgebruik nie. Programme wat gerig is op omgewingsverandering in die werksplek, bv. 'n permissiewe kultuur t.o.v. alkoholmisbruik, het meer sukses getoon. Daarbenewens is sukses ook gedemonstreer in programme wat fokus op die bevordering van 'n gesonde lewenstyl en waarby alkoholmisbruik ingesluit is. In Suid Afrika word sodanige programme egter nog nie dikwels in die werksplek aangetref nie en kan daar weerstand bestaan teen die insluiting van alkoholmisbruik by die ander inhoud van die program. Sukses is veral behaal met 'n lewensvaardighede benadering waarin klem gelê is op streshantering, probleemoplossing, kommunikasie, assertiwiteit en persoonlike ondersteuning. Dit blyk dus dat daar in die literatuur ondersteuning bestaan vir 'n omgewingsverandering en 'n kognitiewe gedragsveranderingbenadering. (Beide die gesonde lewenstylbenadering en die lewensvaardighede benadering gebruik 'n kognitiewe gedragsveranderingbenadering). Volgens Cook (2002, p. 129) is die gedragsveranderingbenadering wat in suksesvolle voorkomingsprogramme gevind is, soortgelyk aan die benaderinge (bv. minimale ingrypings, motiverende onderhoudvoering en self-regulering) wat die meeste sukses in die behandeling van afhanklikheid gedemonstreer het. Dit is dus nie verbasend dat kognitiewe gedragsverandering ook in voorkoming van substansmisbruik belofte toon nie.

Die benadering wat in 'n spesifieke werksplek gevolg word, moet egter ook gegrond wees op die eienskappe van die teikengroep. Na aanleiding van die literatuurstudie, is 'n situasie-analise van die probleem, soos wat dit in Tygerberg-hospitaal voorkom, onderneem. 'n Opname is gedoen word onder 'n gestratifiseerde steekproef van werknemers om patrone van alkoholgebruik en houdings t.o.v. alkohol te beskryf. Inligting oor veranderlikes wat volgens die literatuurstudie 'n effek op alkoholmisbruik kan hê, is vervolgens ingesamel. Die

inligting wat sodanig ingesamel is, sal gebruik word om 'n program te ontwikkel vir die voorkoming van alkoholmisbruik.



## Hoofstuk 3

# TEORIEGEBASEERDE PROGRAMEVALUERING

### 3.1 Inleiding

Programevaluering is 'n praktyk-gedrewe wetenskap, meer so as ander sosiale wetenskappe. Dit kom na vore in die kritiese benadering van die belangrikste skrywers op hierdie gebied. Deurgaans word die spanning tussen teorie en praktyk erken, bv. in die toepassing van die eksperimentele metode in die veld (Cronbach, 1980; Pawson & Tilley, 1997) en in die benutting van navorsingsresultate (Shadish, Cook & Leviton, 1991; Patton, 1997). Dié kritiese ingesteldheid het gelei tot die ontwikkeling van verskillende benaderinge en tot die beklemtoning van verskillende fasette van programevaluering. Een van die fasette van programevaluering wat 'n belangrike bydrae kan lewer tot die verbetering van sosiale programme is die program-teorie, ook genoem teorie-gebaseerde programevaluering. (Chen & Rossi, 1983; Chen, 1990; Weiss, 1997; Rossi, Freeman & Lipsey, 1997). Alhoewel dit waar is dat programevaluering 'n praktiese wetenskap is, is Lewin se stelling dat niks so prakties bruikbaar is soos goeie teorie nie, ook waar. In hierdie hoofstuk word 'n oorsig gegee van die historiese ontwikkeling van programevaluering en daarna word verskillende aspekte van teorie-gebaseerde programevaluering bespreek.

### 3.2 Historiese ontwikkeling van programevaluering

Vanaf die ontstaan van die sosiale wetenskappe was kennis van faktore wat sosiale probleme veroorsaak, 'n belangrike studieveld. Dit het spoedig gelei tot studies oor die sukses van intervensies wat geloods is om die probleme aan te spreek (Babbie & Mouton, 2001). Shadish, Cook en Leviton (1991) noem die werk van Tyler, op die gebied van die opvoedkunde, Lewin, op die gebied van die sosiale sielkunde en Lazarsfeld, op die gebied van die sosiologie, as vroeë voorlopers van programevaluering. Volgens die meeste skrywers (Shadish, Cook & Leviton, 1991; Patton 1997; Pawson & Tilley 1997; Babbie & Mouton 2001) het moderne programevaluering egter so onlangs as 1960 ontstaan.

Die snelle ontwikkeling van programevaluering sedert die sestigjare kan toegeskryf word aan die sosiale programme wat deur die administrasies van die Amerikaanse presidente, Kennedy, Johnson en Nixon geloods is. Hierdie programme in opvoeding, finansiële hulp, behuising en gesondheid was gemik op die bestryding van armoede. Begrippe soos die *War on Poverty* en die vestiging van 'n *Great society* is gebruik om die programme te regverdig.

Die Amerikaanse kongres het groot finansiële beleggings in hierdie programme gemaak. Die kongres het vervolgens daarop aangedring dat die administreerders van hierdie fondse verantwoording moes doen van die wyse waarop die geld bestee is. Die kongres het ook belang gestel in die effek van die programme en in moontlike nuwe-effekte. Verslae in die media oor bedrog en beweerde wanaanwending van fondse het die aandrang op verantwoording verskerp. Voorts het die regering groeiende finansiële verpligtinge, veral t.o.v. verdediging, ondervind, wat vrae laat ontstaan het oor die sukses van die programme en die aanwending van die fondse. Volgens Shadish, Cook en Leviton (1991) was wetgewing wat programmevaluering verpligtend gemaak het en fondse daarvoor beskikbaar gestel het, waarskynlik die enkele grootste bydraer tot die vestiging van programmevaluering as 'n professie. Shadish, Cook en Leviton (1991) haal Weiss en Wholey aan wat albei verwys na wette in die verband wat reeds in 1962 gepromulgeer is. In 1993 is die *Government Performance and Results Act* deur die Amerikaanse senaat gepromulgeer en dit het verdere druk op die openbare en private sektor geplaas om uitkoms-gebaseerde resultate van programme te toon (Wholey, 2003).

Babbie en Mouton (2001) noem 'n ander rede vir die vestiging van programmevaluering sedert 1960. Dit was gedurende die vyftiger- en sestigter jare dat sosiaalwetenskaplike metodologie sodanig ontwikkel het dat dit kon bydra tot aanvaarbare wetenskaplike praktyk. Die tegniese hulpmiddels was dus beskikbaar toe die behoefte aan evaluering ontstaan het.

Die behoefte aan programmevaluering het nuwe werkgeleenthede vir sosiaal-wetenskaplikes laat ontstaan en kursusse in programmevaluering aan Amerikaanse universiteite het toegeneem. Die eerste professionele verenigings vir programmevaluering is gestig en die eerste vaktydskrif, die *Evaluation Review*, het die lig gesien in 1976 (Shadish, Cook & Leviton, 1991).

In Suid-Afrika het programmevaluering eers sedert die laat tagtigerjare en vroeë negentigerjare werklik na vore gekom (Babbie & Mouton 2001), veral op die gebied van opvoedkundige programme. Organisasies soos die *Independent Development Trust*, die *Joint Education Trust*, die *Desmond Tutu Educational Trust* en die Departement van Opvoeding het toenemend evalueringstudies aangevra. Gedurende hierdie tydperk het buitelandse organisasies baie geld belê in ontwikkelingsprogramme in Suid-Afrika en baie van hulle het vereistes gestel t.o.v. evaluering. Verskeie regeringsdepartemente (bv. Gesondheid en Welsyn) het afdelings ingestel vir die monitering en evaluering van programme, veral met die oog op die evaluering van die Heropbou en Ontwikkelingsprogram.

### 3.3 Benaderings tot progamevaluering

In die ontwikkeling van die metodiek van evaluering, onderskei Pawson en Tilley (1997) vier benaderinge, nl. die eksperimentele-, die pragmatiese-, die naturalistiese- en die pluralistiese benadering. Hierdie indeling stem tot 'n groot mate ooreen met die indeling van Shadish, Cook en Leviton (1991) en aangesien teorie-gebaseerde evaluering hierop voortbou, word die ontwikkeling vervolgens bespreek.

#### 3.3.1 Die eksperimentele benadering

Dit is duidelik uit die vroeë geskiedenis dat die eerste vrae wat aan progamevalueerders gestel was, gefokus het op die sukses al dan nie, van sosiale programme. Dit is dus verstaanbaar dat die evaluering van die impak van die program op die probleem aanvanklik beklemtoon is. Daar was 'n aandrang van politici op kennis oor die impak van die programme. Die skrywers wat veral met hierdie benadering geassosieer word, is Michael Scriven en Donald Campbell (Campbell & Stanley, 1963; Shadish, Cook & Leviton, 1991; Pawson & Tilley, 1997). Die oplossing van sosiale probleme (veral armoede) en wetenskaplike verantwoordbaarheid is beklemtoon. Spesifieke klem is gelê op geldige oorsaaklike kennis van die effek van die program op die probleem. Interne geldigheid het dus voorrang geniet. Scriven het veral beklemtoon dat die doel van evaluering is om die waarde van 'n program te bepaal en dat waarde-uitsprake noodsaaklik is (Shadish, Cook & Leviton, 1991).

Vroeë evalueerders het aanvaar dat programme geïmplementeer en geëvalueer sou word en dat suksesvolle programme verdere steun sou geniet van politici, programbestuurders en diensorganisasies. Pawson en Tilley (1997, p. 6) haal Campbell as volg aan oor sy visie van 'n *experimenting society*: "The United States and other modern nations should be ready for an experimental approach to social reform, an approach in which we try out new programs designed to cure specific social problems, in which we learn whether or not these programs are effective, and in which we retain, imitate, modify or discard them on the basis of their apparent effectiveness on the multiple imperfect criteria available".

Campbell (soos bespreek in Shadish, Cook & Leviton, 1999) het eksperimentele metodes en tegnieke beklemtoon om die sukses van programme te bepaal. Daar is gebruik gemaak van toevallige toewysing ("random assignment") van subjekte aan eksperimentele en kontrole groepe sodat die program (wat slegs aan die eksperimentele groep gelewer is) die enigste verskil tussen die groepe sou wees. Waar dit nie moontlik was om die eksperimentele

metode te gebruik nie, is gebruik gemaak van die kwasi-eksperimentele metode. Campbell en Stanley (1963) bespreek verskillende eksperimentele en kwasi-eksperimentele ontwerpe. Die klassieke eksperimentele ontwerp word soos volg voorgestel:

**Tabel 3.1 Die eksperimentele model**

	Voor-toets	Intervensie	Na-toets
Eksperimentele groep	O1	X	O2
Kontrole groep	O1		O2

Voorstanders van die eksperimentele metode erken egter dat omstandighede in die sosiale wêreld eksperimentering bemoeilik. Die sosiale wêreld is kompleks, oop en dinamies. Daar moes dus voorsiening gemaak word vir eksterne veranderlikes wat 'n effek op die eksperiment kon hê. Campbell en Stanley (1963) beskryf agt verskillende tipes eksterne veranderlikes wat so 'n effek op die resultate van die eksperiment mag hê, nl.:

- **Geskiedenis:** gebeure (behalwe die eksperimentele veranderlike) tussen die eerste en tweede meting wat die resultate mag beïnvloed.
- **Maturasie:** prosesse wat toegeskryf kan word aan die verloop van tyd bv. dat respondente gedurende die eksperiment ouer word en vanself groei toon.
- **Toetsing:** die effek wat die eerste toets op die volgende of na-toets het.
- **Instrumentasie:** verskille wat in meetinstrumente mag ontstaan of in persone wat die meting doen.
- **Statistiese regressie:** verskille wat mag ontstaan waar groepe geselekteer is op grond van ekstreme tellings.
- **Sydigheid:** foute in die seleksie van eksperimentele en kontrole groepe.
- **Attrisie:** oneweredige verlies van respondente uit die eksperimentele en kontrolegroepe,
- **Seleksie-maturasie interaksie:** interaksie wat verkeerdelik as die effek van die eksperimentele veranderlike gesien kan word.

In die klassieke eksperiment soos beskryf in tabel 3.1, word daar gekontroleer vir al die moontlike eksterne veranderlikes wat die interne geldigheid van die eksperiment kan bedreig. "Geskiedenis" word bv. gekontroleer deurdat die eksperimentele groep en kontrole groep aan dieselfde tydsverloop en gepaardgaande eksterne gebeure onderhewig is. Die

ontwerp kontroleer egter nie vir verskille wat binne verskillende sessies mag plaasvind nie, bv. verskillende aanbiedingstyle nie. Navorsers moet bewus wees daarvan dat sulke faktore 'n rol mag speel en dit in ag neem in die statistiese ontleding. Maturasie en toetsing word gekontroleer deur toevallige toewysing. In die geval waar toetsing deur waarnemers gedoen word en nie deur 'n skriftelike instrument nie, kan toetsing egter 'n rol speel. In sulke gevalle moet voorsiening gemaak word daarvoor dat dieselfde waarnemers die eksperimentele en kontrole groepe toets en ook dat waarnemers nie bewus is van watter deelnemers in die eksperimentele groep en watter in die kontrole groep is nie. Volgens Campbell en Stanley (1963) maak toevallige toewysing voldoende voorsiening vir die kontrolering van regressie en seleksie. Attrisie kan die interne geldigheid van die eksperiment bedreig, veral waar lede van die eksperimentele groep nie aan die volledige program (die behandeling) blootgestel is nie. In so 'n geval stel Campbell en Stanley (1963) voor dat al die respondente wat die voortoets en natoets afgelê het, se data in die ontleding gebruik word, ongeag of sommige nie aan die volle program blootgestel is nie. Dit verhinder dat die eksperimentele groep slegs sal bestaan uit persone wat gemotiveerd is om sessies by te woon.

Die hoë verwagtings wat t.o.v. evaluering gekoester is, het egter gelei tot ontnugtering (Shadish, Cook & Leviton, 1991; Patton, 1997; Pawson & Tilley, 1997). Die resultate wat deur die eksperimentele metode verkry is, was teleurstellend. Die effek van die programme was dikwels nie indrukwekkend nie. 'n Gevoel het ontstaan dat *niks werk nie*. Daar was nie 'n kumulatiewe opbou van kennis nie omdat verskillende eksperimente gelei het tot verskillende gevolgtrekkings. Dit was soms moeilik om die doelwitte van die evalueringsnavorsing te koördineer met die doelwitte van die program. Waar daar konflik ontstaan het, het die program voorkeur gekry. Evalueerders het tot die insig gekom dat dit tyd neem voordat sosiale programme resultate toon, terwyl daar dikwels nie op navorsingsresultate gewag kan word nie. Dit het voorts geblyk dat navorsingsresultate nie benut is om beleid te verander soos gehoop is nie. Programme wat swak resultate getoon het, is nie noodwendig gestaak nie en dit was duidelik dat ander faktore, soos gevestigde belange 'n groter rol gespeel het as navorsingsresultate. Hierdie probleme het gelei tot die pragmatiese benadering in pramevaluering.

### **3.3.2 Die pragmatiese benadering**

Sedert die sewentiger jare is baie klem gelê op die gebruik van die resultate van evaluering. Evalueerders het 'n studie gemaak van hoe resultate gebruik word in die ontwerp en verandering van sosiale programme. Carol Weiss, Joseph Wholey en Michael Patton was

prominent in hierdie tydperk (Wholey, 1987; Shadish, Cook & Leviton, 1991; Patton, 1997; Pawson & Tilley, 1997; Weiss, 1998).

Weiss het aanvanklik die eksperimentele metode voorgestaan, maar het later tot die gevolgtrekking gekom dat daar meer potensiaal daarin mag wees om navorsing te doen oor die prosesse wat aanleiding gee tot die ontstaan van sosiale probleme, die sosiale strukture wat bydra tot die ontstaan en voortbestaan van die probleme en die faktore wat die oplossing van die probleme bemoeilik. Weiss het later hierdie gedagtes ontwikkel en belangrike bydraes gemaak op die gebied van teorie-gebaseerde evaluering (Weiss, 1997a; Weiss, 1997b). Sy het 'n studie gemaak van hoe beleidmakers gebruik maak van navorsingsresultate en tot die gevolgtrekking gekom dat verheldering (*enlightenment*) meer belangrik is as instrumentele gebruik van resultate. Met instrumentele gebruik bedoel Weiss die gebruik van spesifieke bevindinge om spesifieke vrae te beantwoord. Die bevindinge word dan as beleid geïmplementeer. Verheldering verwys na die algemene gebruik van evalueringsresultate om insig te ontwikkel en nuwe perspektiewe te ontwikkel.

Wholey (1987) was veral geïnteresseerd in die verbetering van die bestuur van programme. Bestuur en evaluering word gekombineer. Hy beskryf die konsep van die inkrementele gebruik van evaluering. Dit behels dat programbestuurders kan besluit hoeveel evaluering hulle benodig. Daar kan begin word met 'n klein koste-effektiewe studie en afhangende van die behoeftes van die rolspelers kan verdere studies gedoen word. Hy beskryf vier fases van evaluering:

- *Evaluability assessment* dui aan of programme gereed is om bestuur te word met die oog op resultate, watter veranderinge nodig is vir resultaatgeoriënteerde bestuur en of evaluasie sal bydra tot die verbetering van die program. Voordat voortgegaan kan word met volskaalse evaluering, moet die program aan sekere vereistes voldoen. Die probleem, die program, die verwagte resultate of die verwagte impak op die probleem moet duidelik omskryf word. Die logiese aannames oor die verband tussen insette, implementering van die program, resultate en impak moet beskryf word. Rolspelers moet ooreenstemming bereik oor prioriteite in evaluering en die gebruik van die evaluering en hulle moet gereed wees om die evaluering te gebruik.
- *Rapid feedback information* voorsien 'n vinnige, voorlopige evaluering van program-effektiwiteit in terme van programdoelstellings en voorafbepaalde maatstawwe van sukses. Hierdie vorm van evaluering maak gebruik van bestaande data alhoewel nuwe data ook ingesamel kan word. Dit maak verder voorsiening vir ontwerpe vir 'n volskaalse evaluering en dra by tot beleids- en bestuursbesluite.

- *Performance monitoring* maak voorsiening vir 'n sisteem waarvolgens die proses en die resultate van die program gemoniteer kan word.
- *Intensive evaluation* behels eksperimentele evaluering om die impak van programme te bepaal. Wholey lê nie baie klem op hierdie aspek van evaluering nie, aangesien hy glo dat dit makliker is om die resultate van programme te moniteer, dit meer koste-effektief is en ook meer bruikbaar.

In 'n later ontwikkeling (Wholey 2003) beskryf Wholey uitkomsgebaseerde bestuur, die rol van progamevaluering in uitkomsgebaseerde bestuur en die waarde wat uitkomsgebaseerde bestuur kan hê in die verbetering van sosiale programme, die hantering van sosiale probleme en die verbetering van die kwaliteit van lewe van diegene wat geraak word deur sosiale programme. Wholey (2003, p. 45) beskryf uitkomsgebaseerde bestuur soos volg: "Results-oriented management (or performance-based management) is the purposeful use of resources and information in efforts to achieve and demonstrate measurable progress toward outcome-related agency and program goals". In uitkomsgebaseerde bestuur is die fokus op die resultate wat behaal word, eerder as op die insette en proses. Die proses van uitkomsgebaseerde bestuur behels drie stappe:

- Die ontwikkeling van konsensus tussen die rolspelers oor die missie, doelstellings en strategieë wat nodig is om doelstellings te bereik.
- Die gereelde evaluering van prestasie.
- Gebruik van evalueringsresultate om die program te verbeter en verantwoording te doen aan rolspelers en die publiek.

Progamevalueerders speel 'n belangrike rol in elke stap van die bestuursproses. In die ontwikkeling van doelstellings, kan evalueerders die rolspelers help om uitkomst te identifiseer, struikelblokke te identifiseer wat die bereiking van doelstellings kan verhinder, en strategieë te ontwikkel om doelstellings te bereik. Die taak van evalueerders in hierdie fase stem ooreen met die taak van evalueerders wat die ontwikkeling en implementering van programme probeer verbeter deur die programteorie duideliker te omskryf. In die gereelde evaluering van prestasie kan gebruik gemaak word van moniteringstelsels sodat gereeld bepaal kan word tot watter mate doelwitte bereik word. Evalueringstudies kan ook gedoen word om implementering te meet, die aannames oor die programteorie te toets en onverwagte uitkomst van die program te meet. Evalueerders kan die rolspelers bystaan in die gebruik van evalueringsresultate deur voorstelle te maak oor die verbetering van

dienslewering, die hertoewysing van fondse, die herbeplanning van aktiwiteite en die gebruik van evalueringsresultate in verslagdoening aan rolspelers en die publiek.

Volgens Patton (1997) was dit nodig om standaarde te stel vir evalueerders om te verseker dat programmevaluering meer waarde sou hê. Die *Joint Committee on Standards*, wat gesamentlik deur twaalf professionele verenigings aangestel is, het dan ook in 1981 die volgende kategorieë standaarde daargestel vir evaluering:

- **Bruikbaarheid:** Die evaluering moet voorsien in rolspelers se praktiese behoefte aan inligting.
- **Uitvoerbaarheid:** Die evaluasie moet realisties, verstandig en diplomaties wees.
- **Behoorlikheid:** Daar moet voldoen word aan wetlike en etiese standaarde en die welsyn van rolspelers moet in ag geneem word.
- **Akkuraatheid:** Die inligting omtrent die waarde van die program moet aan tegniese standaarde voldoen.

Hierdie standaarde gee 'n aanduiding van die waarde wat gedurende hierdie tydperk aan die bruikbaarheid en die praktiese waarde van evaluering gegee is. Evalueerders het getrag om met rolspelers saam te werk, hulle spesifieke behoefte aan inligting te identifiseer en die evaluering daarvolgens te beplan. Meer klem is ook gelê op die verbetering van bestaande programme, as op die absolute waarde van 'n program. Koste-effektiwiteit is verder beklemtoon.

Die metodes wat gebruik word in die evaluering word ook bepaal deur die gebruikers van die evaluering (Patton, 1997). Verskeie metodes (gevallestudies, opnames, eksperimentele studies, observasie) word voorgestaan, solank die inligting bruikbaar en geloofwaardig is. Daar is gedurende hierdie tydperk egter minder klem gelê op die metodes van navorsing wat as 'n leemte beskou kan word (Shadish, Cook & Leviton, 1991).

### **3.3.3 Die naturalistiese benadering**

Die naturalistiese benadering tot evaluering het saam met die pragmatiese metode ontwikkel. Shadish, Cook en Leviton (1991) se keuse val op Robert Stake as verteenwoordiger van die kwalitatiewe benadering tot evaluering. Guba en Lincoln (1989) het egter ook 'n belangrike bydrae gelewer op hierdie terrein. Guba en Lincoln (1989) staan sogenaamde “responsive evaluation” voor. Daarmee word bedoel dat die grense en



doelstellings van die evaluering ontwikkel as deel van die evalueringsproses. Verskillende rolspelers word betrek by die proses. Die ontwerp van die evaluering ontwikkel gedurende die evaluering. Die metode van navorsing word ook beskryf as konstruktivisties (Guba & Lincoln, 1989). Daar word nie gefokus op voorafbepaalde doelstellings, objektiewe toetse, standarde van die personeel of tipiese navorsingsverslae nie, maar eerder op program-aktiwiteite, die behoefte van rolspelers aan inligting en die verskillende waarde-oordele van verskillende rolspelers. Die evaluering word bepaal deur die aansprake, geskilpunte en onsekerhede wat verskillende rolspelers oor die program het. Die taak van die evalueerder is om al hierdie aspekte te identifiseer en onder bespreking te bring. Baie verskillende rolspelers word geïdentifiseer. Verskillende rolspelers vorm dikwels verskillende konstruksies oor aspekte van die program. Die evalueringsproses word so gestruktureer dat elke belangegroep aandag moet gee aan die konstruksies van elke ander belangegroep. Dit word die hermeneutiese dialek genoem. In die proses word daar getrag om konsensus te bereik tussen die groepe. Waar konflik ontstaan, moet die evalueerder nuwe inligting insamel om die proses te bevorder. Die evalueerder organiseer vervolgens 'n proses van onderhandeling tussen die verskillende rolspelers. Die finale gevolgtrekking word bereik deur onderhandeling en is die produk van die werk van al die rolspelers. Die proses word dikwels herhaal en word nooit beskou as afgehandel nie.

Gevallestudies geniet voorkeur as 'n metode van navorsing en aandag word gegee aan die geldigheid van die gevallestudie. Geldigheid beteken dat die studie geloofwaardig moet wees, deur ander waarnemers bevestig moet word en pogings om dit te diskrediteer moet kan weerstaan. Geldigheid kan versterk word deur 'n proses waar minstens drie metodes gebruik word om tot dieselfde gevolgtrekking te kom, *triangulation*, (Cook, Shadish & Leviton, 1991).

Guba en Lincoln (1989) beskryf die benadering tot evaluering as volg:

- Identifiseer alle rolspelers en beskryf die aansprake, geskilpunte en onsekerhede van elke groep.
- Die aansprake, geskilpunte en onsekerhede van elke belangegroep word aan elke ander belangegroep voorgelê vir bespreking en reaksie.
- Inligting word ingesamel oor aspekte waaroor daar konflik bestaan tussen die verskillende groepe. Inligting mag bv. ingesamel word om te toets of 'n sekere manier van onderrig leesvaardighede van die teikengroep verbeter. Volgens Guba en

Lincoln (1989) kan die inligting deur kwalitatiewe of kwantitatiewe metodes ingesamel word, anders as wat normaalweg van naturalistiese evaluering geglo word.

- Onderhandeling vind plaas tussen die verskillende belangegroepe onder leiding van die evalueerder en daar word getrag om konsensus te bereik. Sake waaroor daar nog konflik bestaan, gee aanleiding tot 'n volgende proses van evaluering.

Guba en Lincoln (1989) stel die konstruktivistiese paradigma direk teenoor die “wetenskaplike” of “eksperimentele” paradigma. Konstruktivisme ontken die bestaan van 'n objektiewe realiteit en beskou die realiteit as 'n sosiale konstruksie van die intellek. Die interaksie tussen die objek en subjek van navorsing word beklemtoon en dit bepaal die navorsingsresultate. Die eksperimentele metode word as manipulerend beskou en word verwerp.

Guba en Lincoln (1989, p. 46) gee toe dat hierdie vorm van evaluering baie onsekerheid kan veroorsaak. “One cannot find out how things really are or how they really work”. Met hierdie vorm van evaluering doen die evalueerder ook afstand van die kontrole oor die program. Die grootste probleem is dat dit as onmoontlik beskou word om 'n intervensie te vind wat veralgemeen kan word en wat as suksesvol beskou kan word vir 'n wye verskeidenheid van situasies. Die voorstanders van naturalistiese evaluering is egter van mening dat daar meer voordele as nadele in die vervanging van die wetenskaplike paradigma is: “It is precisely because of our preoccupation with finding universal solutions that we fail to see how to devise solutions with local meaning and utility. It is precisely because of our preoccupation with control that we fail to empower the very people whom we are putatively trying to serve”.

Lincoln (2003) noem dat daar vyf moderne paradigmas of faktore is, wat naturalistiese evaluering in die toekoms die aangewese metode van evaluering maak, nl. die post-modernisme, die opkoms van interpretatiewe metodes in sosiale wetenskappe, die rol van “identiteits-politiek”, globalisering en post-kolonialisme. Wat die post-modernisme betref verwys Lincoln na die, volgens haar, ongelukkige aannames van die realisme wat menslike gedrag in terme van natuurwetenskaplike empirisme probeer verklaar het. Volgens Lincoln (2003, p. 79) is die uitstaande kenmerk van postmodernisme die geloof dat geen metode, ontwerp of ondersoek meer as slegs 'n gedeeltelike waarheid of een of twee perspektiewe op 'n probleem kan openbaar nie. Die naturalistiese metode sluit hierby aan deur krities te wees t.o.v. enige metode van ondersoek en aansprake op waarheid. Die naturalistiese metode is ook sensitief vir die misbruik van mag en die uitsluiting van sommige rolspelers weens 'n gebrek aan status. Lincoln maak egter aanspraak daarop dat naturalistiese evaluering nooit

konvensionele metodes van ondersoek verwerp het nie, maar beswaar maak teen die idee dat daar slegs een metode is om geldige kennis te verkry.

Lincoln (2003, p. 80) beskryf die interpretatiewe paradigma in die sosiale wetenskappe as die besef dat feite slegs as feite gesien word binne 'n bepaalde teoretiese raamwerk. Dit sluit aan by die naturalistiese metode. In die naturalistiese epistemologie is daar twee realiteite wat naas mekaar bestaan. In die eerste realiteit is daar tasbare objekte, plekke en gebeure en individue en groepe met 'n spesifieke geskiedenis en spesifieke belangstellings. Die tweede realiteit bestaan hoofsaaklik in die gedagtes van individue en groepe en bestaan uit die sin wat mense maak van die fisiese realiteit. Die laaste realiteit is voorheen dikwels oor die hoof gesien, maar naturalistiese evalueerders is veral geïnteresseerd in die konstruksies van mense oor die objektiewe realiteit. Kwalitatiewe metodes van data insameling is meer geskik vir die studie van die realiteit wat in die gedagtes en kennisies van individue en groepe bestaan.

Identiteitspolitiek word deur Lincoln beskryf as die moderne sensitiviteit vir die multikulturele werklikheid waarbinne ons leef. Die klem op die regte van minderheidsgroepe, vroueregte, regte van kinders en regte van homoseksuele mense het bygedra tot 'n begrip van die diversiteit van die samelewing. Naturalistiese evaluering sluit hierby aan deur die belange van alle rolspelers in berekening te bring tydens evaluering. Dit lei tot meer demokratiese vorme van evaluering. Inklusiviteit word beklemtoon.

Wat globalisering betref, glo Lincoln dat die naturalistiese evalueerders goed aanpas daarby weens 'n sensitiviteit vir verskillende rolspelers, vir nuwe-effekte van programme, vir die wyse waarop Westerse idees en konsepte evaluering bepaal en omdat naturalistiese evalueerders hulleself meer sien as fasiliteerders, eerder as besluitnemers.

Volgens die post-kolonialisme het die Westerse metodes van navorsing geen voordeel gebring vir inheemse volke nie, maar slegs Westerlinge self verryk (Lincoln, 2003). Volgens Lincoln sluit naturalistiese metodes aan by nuwe modelle van navorsing wat plaaslike kennis erken as betekenisvolle vorme van diskoers in die oplossing van sosiale probleme. Lincoln noem in die verband veral deelnemende aksie navorsing en gemeenskapsgesentreerde metodes van data insameling om alternatiewe vorme van ondersoek en kennis te vestig.

Pawson en Tilley (1997) maak dit duidelik dat naturalistiese evalueerders 'n ander siening van programme het as tradisionele evalueerders. Programme moet nie gesien word as

onafhanklike veranderlikes nie, maar bestaan uit komplekse prosesse van menslike begrip en interaksie. Die program sal altyd funksioneer deur beredenering, verandering, beïnvloeding, onderhandeling, oorreding, en arbitrasie. Hierdie siening het dus gelei tot die verskuiwing van die fokus van evaluering vanaf resultate na die proses van evaluering. Pawson en Tilley (1997) kritiseer hierdie benadering omdat daar nie rekening gehou word daarmee dat mag oneweredig versprei is tussen verskillende rolspelers nie. Die samelewing bestaan ook uit strukture en instellings wat onafhanklik van die individu se beredenering en insigte bestaan en wat menslike gedrag beïnvloed. Soms is dit juis die inligting wat deur naturalistiese evalueerders as ontoeganklik beskou word, wat vir verskillende rolspelers belangrik is.

### **3.3.4 Die pluralistiese benadering**

Die pluralistiese benadering in die ontwikkeling van metodes van evaluering word gekenmerk deur die integrering en sistematisering van die vorige benaderinge tot evaluering. Cronbach (1980) en Rossi, Freeman en Lipsey (1999) word beskou as die belangrikste skrywers oor hierdie benadering.

Cronbach (1980) het die idee dat evaluering besluitneming oor programme op 'n direkte wyse beïnvloed bevraagteken. Sy standpunt was dat politieke en administratiewe faktore 'n belangrike rol speel by die gebruik van navorsingsresultate en dat dit in berekening gebring moet word. Volgens Cronbach moet die evaluering bydra tot 'n ingeligte bespreking van alternatiewe wyses waarop sosiale aksie geneem kan word. Die aannames onderliggend aan die program, moet geïdentifiseer en geanaliseer word. Hy noem spesifiek begrip van die sosiale probleem, kennis omtrent die program, die invloed van die politieke, sosiale en organisatoriese konteks, die prosesse binne die program en watter prosesse bydra tot die resultate van die program. Die laaste faktor word beklemtoon aangesien dit kan bydra daartoe dat na ander omgewings veralgemeen kan word. Hierdie mening stem ooreen met teorie-gebaseerde evaluering, wat later bespreek word. Evaluering moet bydra tot die verbetering van toekomstige programme eerder as om net prestasies van vorige programme te boekstaaf. Eksterne geldigheid is belangrik.

Alhoewel Cronbach (1980) sterk steun verleen aan kwalitatiewe metodes van navorsing en veral die gevallestudie, staan hy die gebruik van 'n verskeidenheid van metodes voor. Dit kan meehelp om die vrae van 'n verskeidenheid rolspelers, wat geïnteresseerd is in verskillende aspekte van die program, te beantwoord. Hy beklemtoon die evalueerder se rol as opvoeder.

Rossi, Freeman en Lipsey (1999) gee 'n sistematiese uiteensetting van progamevaluering, soos die sub-titel van hulle boek aandui, en voorsien daarmee 'n volledige en verstaanbare uiteensetting van die professie. Die doel van evaluering is om 'n geldige beskrywing te gee van hoe die program sy funksies vervul en om te bepaal of dit aan geskikte kriteria voldoen. Daar word klem gelê op die gebruik van wetenskaplike navorsingsmetodes, soos sistematiese waarneming, meting, navorsingsontwerp en data-analisering, om die waarde van programme te bepaal. Die spesifieke metode word egter nie voorgeskryf nie en kwalitatiewe sowel as kwantitatiewe metodes word gebruik.

Volgens Rossi, Freeman en Lipsey (1999) moet daar 'n waarde-oordeel oor een of ander aspek van die program gefel word. Een van die volgende vyf domeine van die program, word normaalweg geëvalueer:

- Die behoefte aan die program.
- Die ontwerp van die program.
- Implementering van die program.
- Resultate en impak.
- Koste-effektiwiteit.

Waar al hierdie domeine aangespreek word in 'n evaluering, word gepraat van 'n omvattende (*comprehensive*) evaluering. Die evaluering word egter ook aangepas by die fase waarin die program is (*tailored evaluation*). Wanneer 'n bestaande program geëvalueer word, sal klem gelê word op formatiewe evaluering en die monitering van die proses sodat die program verbeter kan word. Summatiewe evaluering, om die impak van die program te bepaal, word ook gedoen en veral kwantitatiewe metodes word hiervoor gebruik. Wanneer 'n nuwe program geëvalueer word, word aandag gegee aan behoefte-bepaling, gevallestudie-metodes en kwantitatiewe metodes om vinnig inligting te bekom oor implementering. By demonstrasie-projekte word klem gelê op die ondersoek na oorsaaklike modelle. Die aard en vorm van die evaluering word bepaal deur die doel van die evaluering, die aard van die program en die politieke en administratiewe konteks waarbinne die evaluering plaasvind. Die vrae van die belangegroep wat die evaluering aanvra en die ander rolspelers, bepaal ook die vorm wat die evaluering sal aanneem. Rolspelers mag egter nie duidelik wees oor hulle verwagtinge van die evaluasie nie en die evalueerder moet dus met die rolspelers hieroor onderhandel.

Die belangrikheid van die gebruik van evalueringsresultate word beklemtoon. Die doel is dat besluite geneem sal word en dat daar tot aksie oorgegaan sal word wat sal lei tot die verbetering van programme en uiteindelik sosiale omstandighede. Eksterne geldigheid en veralgemening is ook belangrik en evaluering is nie net gemoeid met plaaslike omstandighede nie. Rossi, Freeman en Lipsey (1999) erken dat konflik kan ontstaan tussen die vereistes van wetenskaplike navorsing en die eise van progamevaluering en stel voor dat 'n balans gevind word, met in agneming van die aard van die program, die doel van die evaluering en die politieke konteks van die program.

Chen (1990) noem die pluralistiese metode *Critical Multiplism*. Hy beskryf dit as volg: "Generally speaking, critical multiplism asserts that evaluators should plan to use multiple methodologies, investigate multiple issues and consider the views of multiple stakeholders (Chen 1990, p. 31). Die probleem met so 'n benadering is egter dat dit nie moontlik is om alle moontlike evalueringsvrae in een studie te beantwoord nie. Daar is ook inherente botsings tussen die kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes wat dit soms moeilik maak om dit saam te gebruik binne dieselfde studie. Chen stel voor dat daar riglyne nodig is om te besluit watter aspekte van 'n program geëvalueer moet word en voer aan dat die teorie-gebaseerde benadering tot evaluering hierdie riglyne kan verskaf.

### **3.3.5 Die realistiese benadering**

Pawson en Tilley (1997) beskryf 'n nuwe benadering tot evaluering en beklemtoon die rol van programteorie baie sterk. Hulle sê bv. "Just as a theory of physical change precedes the natural science experiment, the careful enunciation of program theory is the prerequisite to sound evaluation" (p. 56-57). Hulle toon aan dat in die natuurwetenskappe die teorie eers ontwikkel word en dan getoets word in ideale omstandighede. In die natuurwetenskappe word eksperimente nie op 'n probeer-en-tref basis gedoen totdat 'n sekere resultaat verkry word nie, maar dit is altyd 'n teorie wat getoets word. Die wetenskaplike het gewoonlik goeie kennis van die meganisme wat lei tot 'n konstante patroon. Die hipotese dat die inwerkingstelling van die meganisme sal lei tot 'n sekere resultaat (*outcome*) word getoets binne 'n spesifieke gunstige konteks. Die skrywers beklemtoon dat vordering in die sosiale wetenskappe nie gemaak word deur die versigtige herhaling van gekontroleerde eksperimente nie, aangesien resultate dikwels verwarrend is. Vordering word wel gemaak indien teorie getoets word. "Scientific progress occurs when experiments incorporate and test theory" (Pawson & Tilley, 1997, p. 63).

Die begrippe *meganisme*, *konteks* en *resultaat* is sentraal aan Pawson en Tilley (1997) se teorie. Hulle gebruik dan ook die volgende formule: Meganisme + konteks = resultaat. Pawson en Tilley (1997) voer die konsep van *meganisme* terug na die werk van Durkheim oor selfmoord. Hulle toon aan dat Durkheim die individuele sowel as sosiale konteks van selfmoord beskryf het en daarmee saam die mikro- en makro prosesse in die samelewing. Die sosiale werklikheid is gestratifiseerd. Dit behels dat alle menslike aksie deel uitmaak van 'n wyer netwerk van sosiale netwerke en instellings. Die sosiale meganisme het te doen met die keuses wat mense maak sowel as die bronne wat beskikbaar is. Die identifisering van die program-meganismes verskaf antwoorde op die vraag na wat die program suksesvol maak. Dit behels dat 'n hipotese ontwikkel word oor watter elemente van die program verandering teweeg bring. Pawson en Tilley (1997) meld dat die meganisme gegenereer word. Die is nie bloot 'n tussenkomende veranderlike soos by Weiss (1997), Chen (1990) en Rossi, Freeman en Lipsey (1999) nie. "Thus when we explain a regularity generatively, we are not coming up with variables or correlates which associate one with the other; rather we are trying to explain how the association *itself* comes about. The generative mechanisms thus actually *constitute* the regularity; they *are* the regularity (Pawson & Tilley, 1997, p.67). Die skrywers verwys weer na die wyse waarop Durkheim oor selfmoord gedink het. Die tussenkomende veranderlikes soos godsdienstige assosiasie of huwelikstatus verklaar nie selfmoord nie, maar het self verklaring nodig. In hierdie verband het Durkheim die begrip *anomie* ontwikkel, wat as 'n meganisme beskou sou kon word. Die feit dat selfmoord bv. meer voorkom by ongetroude persone word verklaar deur die sosiale geïsoleerdheid (anomie) van ongetroudes.

Die *konteks* waarbinne die program aangebied word het 'n effek op die resultate. Die meganisme het slegs 'n positiewe effek op die resultate binne 'n gunstige konteks. Programme word aangebied binne bestaande sosiale sisteme en hierdie sisteme is van kardinale belang vir die sukses of mislukking van programme. Sosiale sisteme sluit die norme, reëls, waardes en verhoudinge in wat 'n invloed kan hê op die effektiwiteit van program-meganismes. Dit word nie voorsien dat die sosiale konteks dramaties sal verander nie, maar die navorser moet beskryf binne watter konteks die program sukses sal hê. Volgens Pawson en Tilley (1997) is dit een van die tekortkominge van eksperimentele navorsing dat die konteks van die program buite rekening gelaat word.

Die doel van realistiese evaluering is, volgens Pawson en Tilley (1997) om *resultate* te verklaar. Die resultaat word verklaar in terme van die meganisme wat verandering teweeg bring en met in agneming van die spesifieke konteks. Aangesien sosiale sisteme

voortdurend verander en ontwikkel, is dit 'n komplekse taak om verandering te evalueer en te beskryf. Die taak word uitvoerbaar gemaak deurdat sosiale programme fokus op 'n spesifieke probleem en probeer om verandering t.o.v. die probleem te weeg te bring.

Pawson en Tilley (1997) se siening van evaluering word in twee aksiomas saamgevat:

*Research has to answer the questions:*

1. *What are the mechanisms for change triggered by a program and how do they counteract the existing social process?*
2. *What are the social and cultural conditions necessary for change mechanisms to operate and how are they distributed within and between program contexts?* (Pawson & Tilley, 1997, p.75-77).

Die metode wat gevolg word in die evaluering begin by die formulering van 'n teorie in terme van die meganisme van verandering, die konteks waarbinne die meganisme in werking gestel word en die verwagte resultate. Vervolgens word hipoteses gestel oor wat dit is van die program wat verandering sal teweegbring en binne watter konteks sukses behaal sal word (watter individue, subgroepe en omgewings die meeste sal baat by die program) en watter sosiale en kulturele bronne nodig is om verandering teweeg te bring. Dit word gevolg deur die insameling van gegewens. Verskillende metodes van data-insameling word gebruik. Die gebruik van kwalitatiewe en kwantitatiewe metodes word voorgestaan. Die proses lei tot program-spesifikasie: wat werk vir wie in watter omstandighede.

### **3.4 Die aard van teoriegebaseerde evaluering**

Chen (1990) skryf die ontstaan van die teorie-gebaseerde benadering toe aan verskillende faktore. Eerstens noem hy dat insig ontwikkel het dat die konseptualisering en aannames omtrent sosiale intervensie en die veranderingsproses te simplisties is. Tweedens het hy, soos die evalueerders van die pragmatiese benadering, kritiek teen die aanname dat programme summatief geëvalueer word en op grond van die resultate gestaak of voortgesit word. In die praktyk is die gebruik van navorsingsresultate baie meer ingewikkeld. Derdens is hy van mening dat meer inligting omtrent die implementering van programme nodig is. Hierdie probleem word egter ook deur die pragmatiste en naturaliste in evaluering aangespreek.

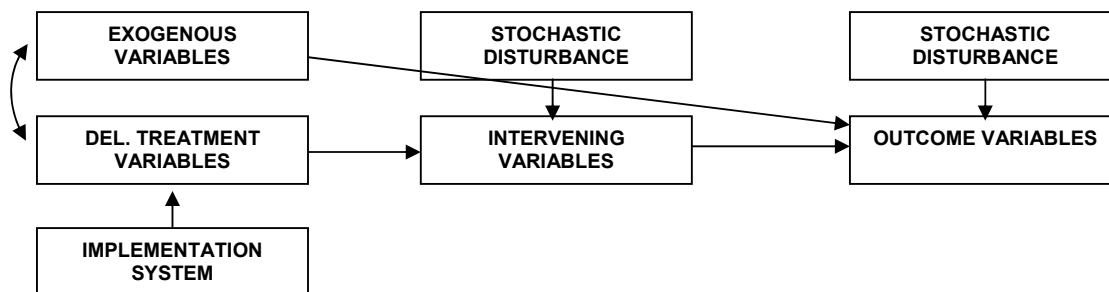
Navorsing oor die effek van 'n program word meestal as 'n *black box* eksperiment onderneem. Dit beteken dat die insette as 'n eenheid geneem word en dat die resultate



daarvan op 'n situasie of groep mense gemeet word. Dit kan gedoen word deurdat die insette gemanipuleer word ('n eksperiment) of deurdat variasie in insette waargeneem word (verklarende navorsing). Die probleem met hierdie vorm van navorsing is dat dit die werklikheid oorvereenvoudig. Die intervensie word as 'n eenheid voorgestel en die multidimensionele aard van die intervensie word nie ondersoek nie. Belangrike eksterne faktore word nie erken nie en daar is 'n te skerp fokus op die uitkoms-veranderlikes sodat nuwe-effekte nie opgemerk word nie. In teenstelling hiermee behels teorie-gebaseerde navorsing dat die insette, oorsaaklike prosesse en resultate as komplekse konstruksies beskryf word. Lipsey (1993, p. 9) beskryf die belangrikheid van programteorie as volg: "In the bootstrapping pattern so common in science, theory must play a role prior to the research, as a basis for planning, and a role after the research, as a scheme for organization and interpretation of results and as a target for revision or rejection in the face of those results".

Wholey (1987) was een van die eerste navorsers wat gepoog het om die programteorie sistematies te beskryf. Hy het dit gedoen as deel van die proses om te bepaal hoe gereed 'n program was om te baat by evaluering. Wholey (1987) het dit as 'n belangrike deel van sy taak beskou om modelle te konstrueer wat die verband tussen bronne, aktiwiteite en resultate demonstreer. Dit is gedoen vanuit die oogpunt van belangrike rolspelers, soos beleidmakers, bestuurders en ander belangegroepe. Wholey gee nie aandag aan die rol van wetenskaplike teorieë nie. Sy definisie van programteorie lui soos volg: "A program theory identifies program resources, program activities, and intended program outcomes, and specifies a chain of causal assumptions linking program resources, activities, intermediate outcomes, and ultimate goals" (Wholey 1987, p. 78).

Chen (Chen, 1990; Chen & Rossi, 1983; Chen & Rossi, 1987) het 'n groot rol gespeel in die ontwikkeling van teorie-gebaseerde evaluering. Volgens Chen en Rossi (1983) is die aanvanklike dominansie van die eksperimentele paradigma in evaluering daarvoor verantwoordelik dat daar nie genoeg aandag gegee is aan die taak om teoretiese modelle van sosiale intervensie te ontwikkel nie. Hulle stel voor dat 'n model volgens die volgende skema ontwikkel kan word:



**Figuur 3.1** Skematiese voorstelling van model vir ontwikkeling van programteorie (Chen & Rossi, 1983, p. 287).

Sentraal aan die model is die intervensie (*delivered treatment variables*). Dit behels die intervensie soos dit plaasgevind het en nie soos dit beplan is nie. Die intervensie word beïnvloed deur die implementeringsstelsel, bv. personeel, fasiliteite, die teikengroep en die organisasie. Die resultate van die program (*outcome variables*) word beïnvloed deur die intervensie, sowel as deur die tussenkomende veranderlikes (*intervening variables*). In 'n program wat slegs op fisiese dienslewering fokus, speel die tussenkomende veranderlikes, volgens Chen en Rossi (1983), nie 'n rol nie. Die eksogene veranderlikes (*exogenous variables*) dui op eksterne faktore wat 'n invloed het op die resultate van die program, terwyl die *stochastic variables* ook dui op toevallige gebeurlikhede wat die resultate mag beïnvloed.

Chen (1990) beskryf 'n program as doelbewuste en georganiseerde pogings om in te gryp in 'n voortgaande sosiale proses ten einde 'n probleem op te los of 'n diens te lewer. "The question of how to structure the organized efforts appropriately and why the organized efforts lead to the desired outcomes imply that the program operates under some theory. Although this theory is frequently implicit or unsystematic, it provides general guidance for the formation of the program and explains how the program is supposed to work." (Chen, 1990, p.39).

Chen (1990) onderskei tussen 'n beskrywende teorie (*descriptive*) en 'n voorskrywende teorie (*prescriptive*). Die beskrywende teorie beskryf slegs wat is, terwyl die voorskrywende teorie voorskryf wat gedoen behoort te word of hoe dit beter gedoen kan word. Volgens Chen (1990) is bestaande programteorieë beskrywend en hy propageer die insluiting van voorskrywende teorieë. Die volgende eienskappe kenmerk voorskrywende teorieë:

- Aksie-georiënteerd: Die programteorie bevat spesifieke strategieë vir die oplossing van 'n probleem, anders word dit nie as programteorie beskou nie.

- Gemoeid met die ontwerp en implementering van intervensie: Die organisering en implementering van behandeling is van kardinale belang vir die programteorie.
- Verskillende opsies bestaan om die resultate van die program te beskryf: Verskillende rolspelers mag verskillende verwagtinge van die program hê. Watter resultate beskryf word, vorm deel van die programteorie.

Na aanleiding van hierdie uiteensetting, formuleer Chen (1990) die volgende definisies van programevaluering: "...the definition of program evaluation as the concept is used in this book includes the systematic collection of empirical evidence for the purposes of

- (1) assessing the congruency between normative and actual program structures (including the structures of program treatment, implementation environment , and/or outcome); and
- (2) verifying the program's impact, its underlying causal mechanisms, or the degree of generalizability" (Chen 1990, p. 38).

Van programteorie sê hy: "...program theory is defined in this book as a specification of what must be done to achieve the desired goals, what other important impacts may also be anticipated, and how these goals and impacts would be generated" (Chen 1990, p. 43).

Beide die definisies is verdeel in twee komponente. Die eerste komponent handel oor die voorskrywende deel van die programteorie, nl. die aard van die intervensie, die resultate van die program en die implementering. Die tweede deel handel met die onderliggende oorsaaklike faktore wat intervensie, implementering en resultate verbind. Chen noem die voorskrywende teorie *normatiewe teorie* en die beskrywende teorie *oorsaaklike teorie*. Van die oorsaaklike teorie sê Chen (1990, p. 44): "A causative theory specifies the underlying causal mechanisms that link, mediate, or condition the causal relationship between the treatment variable(s) and outcome variable(s) in a program". Die oorsaaklike teorie is belangrik om die sukses van 'n program te verstaan. Dit is veral belangrik met die oog op toekomstige programme. Chen onderskei ses tipes teorie-gebaseerde evalueringe nl. die normatiewe intervensie evaluering, die normatiewe implementerings omgewingsevaluering, die normatiewe resultate evaluering, die impak evaluering, die ingrypings-meganisme evaluering en die veralgemeningsevaluering.

Dit is veral die oorsaaklike teorie wat in vorige benaderings tot programevaluering nie tot sy reg gekom het nie. Die normatiewe teorie het reeds baie aandag geniet. Waar ander

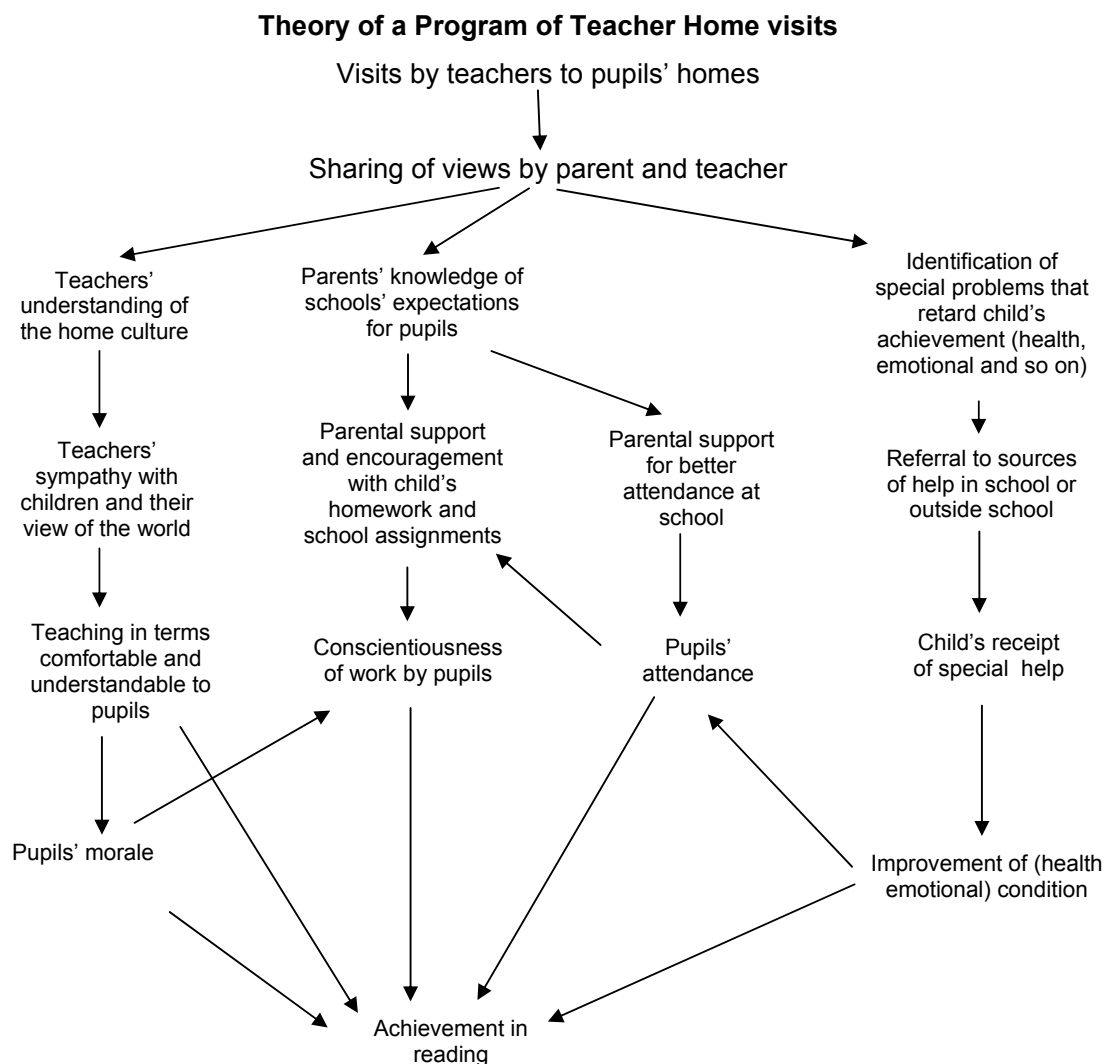
skrywers die programteorie as 'n aspek van progamevaluering hanteer (bv. Weiss, 1997; Rossi, Freeman & Lipsey, 1999), stel Chen dit as 'n totale benadering teenoor die metode-gedrewe benadering. Sy siening van die programteorie is dus baie breër as dié van die meeste ander skrywers. Dit is egter die oorsaaklike teorie wat 'n nuwe bydrae is en 'n belangrike verskil kan maak aan die gehalte van sosiale programme.

Volgens Lipsey (1993) is die probleem met die tradisionele “black box” benadering tot evaluering dat dit die probleem ooreenvoudig sodat die navorsingsresultate nie bruikbaar is nie. Hy sien die programteorie as 'n stel aannames oor wat in die “black box” aangaan gedurende die transformasie van intervensie na resultate. Lipsey stem saam met Chen (1990), Weiss (1997) en Rossi, Freeman en Lipsey (1999) dat die teorie nie 'n breë algemene teorie is nie, maar 'n eenvoudiger teorie wat op die plaaslike situasie gefokus is. Die volgende elemente, maak volgens Lipsey (1993) deel uit van die teorie:

- 'n Probleembeskrywing wat inligting insluit oor die probleem, die teikengroep en die omstandighede waaronder die probleem voorkom.
- Spesifisering van die intervensie: wat is nodig, in watter verhouding en hoeveel.
- Belangrike stappe en fases in die proses en die tussenkomende veranderlikes wat nodig is om resultate te behaal.
- Spesifisering van die verwagte resultate.

Patton (1997, p. 218) sien programteorie as volg: “The full chain of objectives that links inputs to activities, activities to immediate outputs, immediate outputs to intermediate outcomes, and intermediate outcomes to ultimate goals constitutes a program’s theory”. Patton sluit (soos Chen, 1990) ook die hele proses in by die programteorie en lê klem op bruikbaarheid en die siening van belangegroepe.

Weiss (1997a en 1997b) waarsku dat daar onduidelikheid mag bestaan oor wat met programteorie bedoel word. Dit is duidelik uit bg. beskrywings dat programteorie nie net dui op die oorsaaklike teorie nie, maar ook aspekte van programimplementering insluit. Weiss voel egter dat daar 'n duidelike onderskeid gemaak moet word tussen implementeringsteorie en programteorie, wat sy sien as die oorsaaklike teorie. In Fig. 2.2 word 'n voorbeeld gegee van verskillende programteorieë waarop 'n program van tuisbesoeke deur onderwysers gebaseer kan word (Weiss, 1997, p. 42).



**Fig. 3.2 Voorbeeld van programteorie** (Weiss, 1972, p. 50).

Volgens hierdie diagram kan verskillende oorsaaklike teorieë geïdentifiseer word. Tuisbesoeke mag bv. bydra daartoe dat onderwysers wat tuisbesoeke doen beter begrip ontwikkel vir die kultuur van die kinders. Dit kan tot gevolg hê dat hulle beter begrip ontwikkel van die kind se leefwêreld en dat onderrig aangebied word in terme wat die kind verstaan. Dit lei weer daartoe dat die leerlinge se moraal verbeter en dat hulle prestasie uiteindelik verbeter. Soos blyk uit die diagram is ander programteorieë ook moontlik.

Implementeringsteorie kan nuttig wees indien die doel is om terugvoering aan program personeel te verskaf met die oog op die verbetering van die program. Wanneer die doel egter is om te bepaal hoekom die intervensie suksesvol is, al dan nie, is programteorie nodig. Weiss (1997b, p. 46) beskryf programteorie soos volg: "Programmatic theory, on the

other hand, deals with the *mechanisms* that intervene between the delivery of program service and the occurrence of outcomes of interest. It focuses on participants' responses to program services. The mechanisms of change is not the program activities per se but the response the activities generate." Weiss meld dat baie evaluerings wat veronderstel is om teorie gebaseerd te wees eerder die resultate van die program ondersoek in terme van implementeringsveranderlikes. Scheirer (1987, p. 60) beklemtoon ook die oorsaaklike aard van programteorie en sien die verskil tussen programteorie en implementeringsteorie soos volg: "...program theory helps to specify what the program is, while implementation process theory helps evaluators and program managers to understand why the program was or was not delivered as intended". Volgens Scheirer (1987) is dit verkieslik dat programteorie uit die beskikbare sosiaalwetenskaplike teorie gekonstrueer moet word.

Rossi, Freeman en Lipsey (1999) onderskei tussen die impakteorie en die prosesteorie:

- Die impakteorie is oorsaaklike teorie. Dit beskryf die oorsaaklike verband tussen die ingryping en die resultate van die program. Die eenvoudigste vorm van hierdie teorie kan in twee stappe beskryf word: Die ingryping het 'n uitwerking op 'n tussenkomende (*intervening*) veranderlike, wat weer die resultaat van die ingryping bepaal. In hierdie verband onderskei die skrywers tussen die aksie hipotese en die konseptuele hipotese. Die aksie hipotese behels dat die implementering van die program lei tot verandering in die tussenkomende veranderlike, dus die eerste stap van die proses. Die konseptuele hipotese behels dat die verandering in die tussenkomende veranderlike lei tot die uiteindelijke impak van die program. Op grond van hierdie onderskeiding, kan twee moontlike probleme ontstaan. Daar kan 'n probleem wees met die implementering van die program sodat die tussenkomende veranderlike nie geaktiveer word nie (*implementation failure*), of die tussenkomende veranderlike kan moontlik nie daarin slaag om te lei tot die gewenste impak nie (*theory failure*). Rossi, Freeman en Lipsey (1999, p. 156) beklemtoon dat die programteorie 'n belangrike aspek van evaluering is: "The rationale and conceptualization on which a program is based, therefore, should be subject to critical scrutiny within an evaluation, just as any other important aspect of the program".
- Die prosesteorie bestaan uit die verbruikersteorie en die organisatoriese plan. Die verbruikersteorie beskryf hoe die teikengroep in aanraking kom met die program en betrokke is by die program. Faktore wat aandag moet geniet in die evaluering, is of die teikengroep die nodige dienste ontvang, of voldoende getalle van die teikengroep bereik word, watter probleme daar is t.o.v. inskakeling by die program, of 'n

genoegsame persentasie van die teikengroep wat die program begin dit ook voltooi en of die opvolging voldoende is. Die organisatoriese plan beskryf die doelwitte van die program en die dienste wat gelewer moet word om die veranderinge teweeg te bring asook die menslike, finansiële en fisiese bronne wat nodig is. Dit sluit ook ondersteunende funksies in, soos fondsinsameling, bestuur, personeelbestuur, verkryging en onderhoud van fasiliteite en skakeling.

### 3.5 Ontwikkeling van programteorie

Volgens verskeie skrywers (Chen, 1990; Rossi, Freeman & Lipsey, 1999) is een van die belangrikste take van die evalueerder in teoriegedrewe programmevaluering om die programteorie te konstrueer. Chen (1990) noem dat die konstruksie van programteorie waardegedrewe is. Die volgende waardes is veral belangrik:

- Responsiwiteit (*responsiveness*). Hiervolgens moet die evaluasie beantwoord aan die behoeftes van alle belangegroepe. Dit sluit ook in dat die evaluering betyds beskikbaar moet wees wanneer die resultate benodig word, dat dit relevant moet wees en waarde moet hê vir die besluitnemingsproses en dat dit omvattend moet wees.
- Objektiviteit. Die evaluering moet betroubaar wees, feitelik en dieselfde resultate moet verkry word indien die studie herhaal word.
- Betroubaarheid. Hierdie waarde stem ooreen met die idee van interne geldigheid.
- Veralgemeenbaarheid: Die program moet in ander omstandighede of met ander probleme geïmplementeer kan word.

Afhangende van watter waardes as belangrik beskou word, word die programteorie saamgestel volgens die idees van belangrike rolspelers, kennis vanuit die sosiale wetenskappe of albei.

#### 3.5.1 Belangegroepebenadering tot die ontwikkeling van programteorie

Wholey (1987) beskryf die ontwikkeling van programteorie as deel van sy *evaluability assessment*. Wholey (1987) volg feitlik uitsluitlik die Belangegroepebenadering. Ook Patton (1997) verkies dat die belangegroep benadering, wat hy die *user-focused approach* noem, gebruik word. Volgens Patton (1997, p. 225) kan 'n evalueerder groter impak hê deur die rolspelers te help om hulle eie teorie te ontwikkel as deur aan hulle voor te hou dat hulle teorie nie korrek is nie: "Not only does the wheel have to be re-created from time to time, its

efficacy has to be restudied and reevaluated to demonstrate its usefulness”.. Hierdie siening kan egter daartoe lei dat baie geld en tyd verspil word op programme wat gebou is op 'n teorie wat reeds as ongeldig bewys is. Bv. baie programme word gebou op die aanname dat 'n vermeerdering in kennis lei tot 'n verandering in houding wat weer lei tot gedragsverandering. Dit is egter bekend dat die proses nie so eenvoudig is nie.

Patton (1997) erken dat die benadering uitdagings bied omdat die programteorie van die rolspelers dikwels nie eksplisiet beskryf is nie. Hy stel voor dat die evalueerder in hierdie verband verskeie take moet vervul. Eerstens moet hy die proses van teorie konstruksie verduidelik. Tweedens moet hy die deelnemers help om emosioneel en intellektueel gemaklik te wees met die proses. Derdens moet hy leiding gee met die konstruksie van die teorie. Vierdens moet hy die rolspelers motiveer om die teorie te toets en vyfde moet hy die fokus op die bruikbaarheid van die evaluering behou.

Rossi, Freeman en Lipsey (1999) stem saam met bg. skrywers dat die programteorie, volgens hierdie benadering, ontwikkel word deur die programpersoneel en ander belangrike rolspelers se siening van die oorsaaklike verband tussen bronne, insette, implementering, resultate en impak te bestudeer. Dikwels is die teorie nie duidelik uitgespel nie en moet die evalueerder die implisiete teorie eksplisiet maak. Die evalueerder stel die programteorie op en dit word onderhandel met die rolspelers totdat dit 'n getroue weergawe is van die rolspelers se siening van die program. Die programteorie wat op hierdie wyse opgestel word, mag impakteorie wees of prosesteorie of enige komponente van programteorie wat relevant is vir die rolspelers. Die evalueerder bekom die inligting deur belangrike programdokumente te bestudeer, onderhoude te voer met rolspelers en observasies te doen van die verloop van die program. Laasgenoemde metode dra daartoe by dat die programteorie beskryf word soos dit geïmplementeer word, eerder as soos wat dit beplan is. Die informasie word verwerk en saamgevat in 'n model, diagram of ander grafiese voorstelling.

Die volgende inligting is belangrik vir die konstruksie van die programteorie:

- Inligting oor die program se doelstellings en doelwitte. Die doelstellings moet realisties wees, met inagneming van die intervensie en die proses wat gevolg word. Rossi, Freeman en Lipsey (1999) onderskei weer tussen impakdoelwitte en prosesdoelwitte. Die impak doelwitte moet voorsiening maak vir die beskrywing van die onmiddellike resultate (die tussenkomende veranderlike). Die prosesdoelwitte hou verband met die aktiwiteite van die program en die dienste wat gelewer word.



- Inligting oor die program se funksies, komponente en aktiwiteite.
- Inligting oor die logiese verband tussen funksies, komponente en aktiwiteite van die program. Dit sluit die oorsaak-en-gevolg aannames van die program in. Hierdie inligting word gewoonlik grafies weergegee in vloe diagramme.

### **3.5.2 Die sosiaalwetenskaplike benadering tot die ontwikkeling van programteorie**

Die kennis van die verskillende belangegroepe mag dalk nie genoeg wees om die oorsaaklike verbande te kan beskryf nie. Rolspelers is dikwels ook nie objektief genoeg nie en Chen en Rossi (1983), Chen (1990), Weiss (1997a) en Rossi, Freeman en Lipsey (1999) beveel aan dat die evalueerder sy/haar eie ervaring en kennis gebruik om programteorie te konstrueer. Weiss (1997a) stel 'n aktiewe rol vir die evalueerder voor en sien dit as die taak van die evalueerder om die rolspelers bekend te stel aan ander modelle van programme wat suksesvol was. Voorts kan die evalueerder ook die rolspelers help om gapings in hulle teorie te vul. Sosiaalwetenskaplike teorie is soms te abstrak om nuttig te wees, volgens Weiss (1997a), maar spesifieke studies kan soms belangrike insigte verskaf. Sommige programme bevat komponente wat geassosieer word met suksesvolle resultate en hierdie inligting kan baie waardevol wees vir soortgelyke toekomstige programme. Riggan (1990) toon aan hoe sosiaalwetenskaplike teorie programmevaluering kan verryk: "The elaboration of program theory with social science theory provides a richer pattern of relationships between variables than is possible with a less-articulated theoretical pattern".

Die belangegroep benadering en sosiaalwetenskaplike benadering kan ook geïntegreer word en saam gebruik word (Chen 1990). Weiss (1997a, p. 509) stel ook 'n geïntegreerde benadering voor: "Probably the best current bet is discussion with program people, observation of the program in action, review of evaluations of similar programs, and logical reasoning - followed by discussions and modifications until practitioners and funders are satisfied. They have to agree with the final formulation of programmatic theory so that the evaluation will be credible and useful to them. But if they insist on clinging to a set of assumptions that seem blatantly wrong, the evaluator can decide to include their theory as one chain of reasoning to be investigated".

Lipsey (1993) verskaf die volgende praktiese riglyne vir die ontwikkeling van programteorie:

- Definieer die probleem versigtig met verwysing na die oorsake, die erns daarvan, die rede vir die voortbestaan, by watter persone dit voorkom en die gevolge van die probleem.

- Definieer die behandeling in terme van die spesifieke aktiewe komponente en beskryf die sterkte van die behandeling wat nodig is.
- Beskryf die meganisme van verandering waardeur die doelwitte bereik moet word. Spesifiseer die tussenkomende veranderlikes en die stappe tussen die inisiëring van die behandeling en die resultate.
- Beskryf die verwagte resultate van die program in besonderhede. Die minimum aanvaarbare effek moet beskryf word sowel as die bes moontlike effek. Die tydskaal waarbinne die effek bereik moet word, moet gespesifiseer word.

### 3.6 Vorme van programteorie

Lipsey (1993) stel voor dat programteorie in die volgende formaat weergegee kan word:

- Die basiese twee stap formaat: Die mees eenvoudige wyse waarop die navorser die programteorie kan weergee is om die belangrikste tussenkomende veranderlike te spesifiseer. Die eerste stap behels die aanname dat die insette 'n effek het op die tussenkomende veranderlike. Die tweede stap behels dat verandering in die tussenkomende veranderlike sal lei tot verandering in die uitkomsveranderlike. Twee onafhanklike veranderlikes word dus gespesifiseer: die proksimale veranderlike wat veronderstel is om te verander as 'n direkte gevolg van die behandeling en die meer distale veranderlike wat die uitkoms van die program verteenwoordig.
- Die oorsaaklike diagram: Oorsaaklike modellering (Mark, 1990; Smith, 1990; Trochim, 1985; Trochim, 1989) sluit verskillende tegnieke in nl. liniêre strukturele verhoudings (LISREL), faktor analise, latente veranderlike strukturele modelle, patroon vergelyking en analise van oorsaaklike diagramme (*path analysis*). Hierdie vorm van teorie het twee komponente, 'n konseptuele komponent en 'n analitiese komponent. Die konseptuele komponent behels die navorser se stelling van die veronderstelde oorsaaklike faktore. Die analitiese komponent behels die toepassing van statistiese metodes om die veronderstelde verhoudings tussen die veranderlikes te toets. In die konseptuele diagram word die belangrikste veranderlikes (dikwels in 'n vierkant) weergegee met die verband tussen die veranderlikes as pyle ingeteken. Eksterne faktore kan ook gespesifiseer word. So word 'n model van die program saamgestel. Hierdie model word vergelyk met observasies wat van die program gemaak word. Smith (1990, p. 54-55) beskryf *path analysis* soos volg: "Multiple stages of causation, reciprocal causation, and the reduction of causal influences into direct and indirect effects (for example, through intervening variables) can be

represented in path analysis. Regression equations mathematically representing the causal diagram are then systematically generated and solved. The theory of the program being evaluated can thus be diagrammatically and mathematically represented and tested for its fit with observed data”.

- Fase en staat analise: Die vorige twee modelle is gebaseer op die verbande tussen veranderlikes. Volgens Lipsey (1993) kan die ervaring van persone verlore gaan wanneer op veranderlikes gekonsentreer word. Hierdie model konsentreer dus op die fases waardeur persone beweeg in die proses van verandering en op verskillende state van verandering waarin hulle hulle mag bevind. Dit behels dat die belangrikste fases van verandering geïdentifiseer moet word. Elke fase word beskryf deur sekere eienskappe waaraan persone wat in daardie fase verkeer, moet voldoen. Deur meting kan dus bepaal word hoe persone deur die fases beweeg. Lipsey (1993) noem 'n voorbeeld van Caplan wat 'n model vir jeugoortreders beskryf. Die persone beweeg deur die fases van *groepwerk*, *persoonlike berading*, *betrokkenheid*, *verbintenis* en *sukses*. Deur te bepaal hoe elke persoon deur die fases vorentoe beweeg en weer na vroeë fases regresseer, kan belangrike afleidings oor die program en die deelnemers gemaak word.
- 'n Substantiewe model: Hierdie model word gebruik wanneer fisiese of biologiese prosesse beskryf word. Spesifieke fisiese of fisiologiese prosesse word beskryf in terme van hulle komponente en prosesse en die effek van die behandeling word gekoppel aan die komponente en prosesse. 'n Voorbeeld wat genoem word is die beskrywing van die effek van biologiese terugvoer op die ervaring van migraine hoofpyne.

### 3.7 Die voordele van programteorie

Teoriegebaseerde programmevaluering word veral aangetref waar die evalueerder ook daarvoor verantwoordelik is om die program te ontwikkel. Teoriegebaseerde programmevaluering hou die volgende voordele in:

- Een van die belangrikste bydraes van teoriegebaseerde evaluering is dat dit bydra tot 'n begrip van hoe en waarom 'n program suksesvol is of misluk (Chen, 1990; Weiss, 1997; Rossi, Freeman & Lipsey, 1999; Birckmayer & Weiss, 2000). Die skrywers stem saam dat dit nie genoeg is om te weet of 'n program sukses behaal of misluk nie aangesien dit nie aandui hoe programme verbeter kan word of hoe die sukses elders herhaal kan word nie. Dit is nodig om binne die *black box* te kyk. In hierdie opsig kan programteorie van waarde wees vir beleidmakers, aangesien dit inligting kan

verskaf oor die moontlikheid om die program in ander omgewings te implementeer (Bickman 1987).

- Teoriegebaseerde programmevaluering dra by tot beter programmeplanning. In die beplanningsfase word reeds ondersoek ingestel na rolspelers se teorieë oor hoe die program veronderstel is om te werk. Die evalueerder maak vae aannames van rolspelers eksplisiet en identifiseer tekortkominge. Evalueerders verskaf inligting oor belowende hipoteses en teorieë vanuit die sosiale wetenskappe. Ontwikkelaars van programme word ook verplig om in besonderhede oor die program te dink en dikwels lei dit tot 'n meer omvattende intervensie of meer realistiese doelstelling. Birckmayer en Weiss (2000, p. 426) sê hieroor: "An emphasis on theory development at the start of the evaluation may be in and of itself the most beneficial aspect of the theory-based approach".
- Programteorie dra by tot die spesifisering van die verskillende komponente van die program (Scheirer, 1987). Hiervolgens word die probleem, die bronne, die intervensie, die verwagte resultate en die verband tussen hierdie komponente gespesifiseer.
- Meer kennis oor die meganisme van verandering, baat nie net die spesifieke program nie, maar dra ook by tot beter kennis van verandering in die algemeen. Herhaalde evaluering dra by tot kumulatiewe kennis oor watter programme met sukses geïmplementeer kan word. "Knowledge in contrast to facts, requires theory, that is, a framework of interconnected concepts that gives meaning and explanation to relevant events and supports new insights and problem-solving efforts" (Lipsey, 1993, p. 10).
- Programteorie dra by tot die verbetering van die navorsingsontwerp. Die programteorie verskaf 'n raamwerk waarbinne besluite oor steekproewe, kontrolegroepe, meting en prosedures geneem word (Lipsey & Pollard, 1989; Lipsey, 1993). Dit dra by tot die formulering van die probleem, die identifisering van pertinente veranderlikes en die wyse waarop die veranderlikes gemeet kan word. Bickman (1987) meld bv. dat die programteorie inligting behoort te verskaf oor watter teikengroep sal baat by die program. Dit maak voorsiening vir die kontroliering van eksterne faktore en vir die formulering van die onafhanklike veranderlike. Die onafhanklike veranderlike kan in meer besonderhede beskryf word, in teenstelling met die voorstelling van behandeling as 'n eenheid (*molar whole*). Samevattend kan gesê word dat 'n goeie programteorie lei tot 'n uitvoerige en versigtige konseptualisering van al die komponente van die program.

- Teoriegebaseerde progamevaluering kan die geldigheid van die evaluering verhoog wanneer toevallige steekproefneming nie moontlik is nie (Weiss, 1997b). Indien die evalueerder die stappe kan beskryf, waarvolgens die insette lei tot resultate en die impak van die program, kan die oorsaaklike verband in alle waarskynlikheid afgelei word. Volgens Chen en Rossi (1987) dra programteorie by tot interne geldigheid, eksterne geldigheid, geldige statistiese gevolgtrekkings en konstruk geldigheid. Wat interne geldigheid betref, toon Chen en Rossi (1987) aan dat toevallige steekproefneming nie altyd moontlik is nie en nie in alle gevalle interne geldigheid waarborg nie. Deur eksterne faktore, wat met die behandeling korreleer, in 'n statistiese model te spesifiseer, kan die eksterne faktore konstant gehou word en geldige effekte van die behandeling verkry word. Volgens Chen en Rossi (1987) word eksterne geldigheid verhoog deur in die beplanning voorsiening te maak vir die sisteem waarheen die program veralgemeen gaan word. As alternatief kan inligting verskaf word oor verskeie moontlike teikengroepe wat kan baat vind by die program. Riggan (1990) beweer dat ooreenstemming tussen sosiaalwetenskaplike teorie en die bevindinge van die progamevaluering bydra tot die eksterne geldigheid van die program.
- Programteorie maak voorsiening vir die spesifisering van tussenkomende veranderlikes. Dit dra weer by tot formatiewe evaluering aangesien die bereiking van tussenkomende veranderlikes geëvalueer kan word voordat die summatiewe evaluering gedoen word (Bickman, 1987).
- Die bereiking van konsensus tussen die verskillende belangegroepe word bevorder. Die rolspelers se implisiete siening van die programteorie word ondersoek en 'n bespreking hiervan kan lei tot belangrike insigte in die beperkinge van die program en tot realistiese verwagtinge.
- In die geval van 'n teleurstellende resultaat stel die programteorie die navorser in staat om te bepaal of 'n ongeldige teorie geïmplementeer is en of daar probleme was met die implementering van die program (Weiss, 1972; Bickman, 1987; Lipsey & Pollard, 1989).
- Programteorie is ook 'n teenvoeter vir die oorbeklemtoning van uitkomsgebaseerde navorsing.

### 3.8 Assessering van die programteorie

Die programteorie van sommige programme mag baie eenvoudig en voor die hand liggend wees, sodat dit nie werklik nodig is om die programteorie te evalueer nie. 'n Program wat maaltye aan bejaardes voorsien om hulle voedingstatus te verhoog en hulle in staat te stel om in die gemeenskap te bly woon, kan as 'n voorbeeld dien. Die meeste sosiale programme is egter meer gekompliseerd. Volgens Rossi, Freeman en Lipsey (1999) word programteorie aan die hand van die volgende veranderlikes beoordeel:

- **Assessering t.o.v. die sosiale behoefte:** Die programteorie moet verband hou met die behoefte waarin die program beoog om te voorsien. Die probleme en behoeftes van die teikengroep moet duidelik wees. 'n Behoeftebepaling kan betroubare inligting verskaf, maar dikwels word daar ook gebruik gemaak van die menings van belangrike rolspelers en kenners op die terrein. Spesifieke inligting is nodig en die probleem moet in besonderhede beskryf word. Dit verhoog die geldigheid van die probleemstelling. Indien die probleem in die algemeen beskryf word, kan verkeerde gevolgtrekkings gemaak word oor die programteorie. Rossi, Freeman en Lipsey (1999) verwys na 'n voorbeeld van jeugmisdadigheid waar die intervensie was om 'n aandklokkeël in te stel. Deeglike beskrywing van die probleem het egter aan die lig gebring dat die meeste oortredings in die middag plaasvind.
- **Assessering t.o.v. logika en uitvoerbaarheid:** Die programteorie behoort die oorsaak-en-gevolg patroon uit te spel waarvolgens die insette lei tot die uiteindelijke resultate wat die program wil bereik. Hierdie patroon moet krities geëvalueer word. Die doelwitte van die program moet duidelik en realisties wees. Die bronne moet voldoende wees om die implementering van die program moontlik te maak en die veranderingsproses moet teoreties verantwoordbaar wees. Daar moet 'n prosedure beskryf wees waarvolgens deelnemers bereik en ingeskakel sal word by die program. Al die komponente van die program moet goed gedefinieer wees.
- **Assessering deur vergelyking met navorsing en praktyk:** Die programteorie moet ondersoek word om te bepaal of dit ooreenstem met die literatuur en met praktiese ervaring elders. Resultate van soortgelyke programme wat reeds geïmplementeer is, kan veral nuttig wees. Soms is daar reeds 'n meta-analise van 'n besondere veld gedoen en kan bepaal word watter programme sukses behaal het. Die sosiale wetenskappe verskaf 'n raamwerk vir die evaluering van programteorie.
- **Assessering deur voorlopige observasie:** Programteorie behels verskeie aannames oor die implementering van die program wat deur waarneming geassesseer word.

Onderhoude met personeel en lede van die teikengroep kan ook belangrike inligting na vore bring. Dit is belangrik dat die evalueerder direkte observasies doen en nie slegs teoreties betrokke is nie. Op hierdie wyse kan bepaal word tot watter mate die program wel geïmplementeer word.

### 3.9 Samevatting

In die ontwikkeling van progamevaluering het verskillende benaderinge ontstaan. Die aanvanklike beklemtoning van die eksperimentele metode het gelei tot 'n "*black box*" benadering waarin programteorie geen rol gespeel het nie. In die pragmatiese benadering is die programteorie weer sterk beklemtoon en skrywers soos Weiss (1972) en Wholey (1987) word as belangrike voorlopers van hierdie benadering beskou. Die naturalistiese benadering beklemtoon glad nie die programteorie nie en aanvaar nie dat die veralgemening van program resultate moontlik is nie. In teenstelling hiermee, word veralgemening juis beskou as een van die voordele wat 'n gegronde programteorie bied. Die pluralistiese en realistiese benaderinge tot progamevaluering maak voorsiening vir die belangrikheid van programteorie.

Daar bestaan ook verskille tussen die belangrikste skrywers op hierdie gebied oor wat die programteorie presies behels (Chen, 1990; Weiss, 1997a; 1997b; 1998). Chen het 'n breë siening van programteorie en sluit alle aspekte van progamevaluering hierby in. Chen (1990) praat van 'n teoriegebaseerde benadering in teenstelling met 'n metode gebaseerde benadering. Ander skrywers, bv. Rossi, Freeman en Lipsey (1999) beskou egter die programteorie as 'n aspek van progamevaluering en nie as 'n afsonderlike benadering nie. Weiss se siening dat die programteorie veral die evaluering van die oorsaaklike teorie behels en dat dit hierdie aspek is wat bydra tot beter sosiale programme, word ondersteun in hierdie studie. Die implementeringsteorie is belangrik, maar dit word reeds beklemtoon in die naturalistiese sowel as die pluralistiese benadering en behels 'n afsonderlike aspek van progamevaluering.

In teenstelling met die naturalistiese benadering, beklemtoon Scheirer (1987) en Weiss (1972; 1997a; 1997b) die rol van wetenskaplike kennis in die ontwikkeling van die programteorie. Pawson en Tilley (1997) sluit hierby aan deurdat die veranderingsmeganisme ontwikkel moet word uit bestaande wetenskaplike kennis. Die ignorering van bestaande wetenskaplike kennis lei daartoe dat ondoeltreffende programme herhaaldelik aangebied word.

Dit word veral beklemtoon dat die ontwikkeling van 'n programteorie kan bydra tot beter sosiale programme. Weiss (1997b, p. 51) is van mening dat hierdie aspek van evaluering prioriteit behoort te geniet:

*Probably the central need is for better program theories. Evaluators are currently making do with the assumptions that they are able to elicit from program planners and practitioners or with the logical reasoning that they bring to the table. Many of these theories are elementary, simplistic, partial, or even outright wrong. Evaluators need to look to the social sciences, including social psychology, economics, and organization studies, for clues to more valid formulations, and they have to become better versed in theory development themselves. Better theories are important to evaluators as the backbone for their studies. Better theories are even more important for program designers, so that social interventions have a greater likelihood of achieving the kind of society we hope for in the twenty-first century.*

Met hierdie woorde in gedagte sal getrag word om die metodes en beginsels van programteorie, soos dit in hierdie hoofstuk uiteengesit is, te benut ten einde 'n program te formuleer vir die voorkoming van alkoholprobleme in die werksplek.



## Hoofstuk 4

# ANALISE VAN DIE PROBLEEM VAN ALKOHOLMISBRUIK IN DIE WERKSPEK

### 4.1 Inleiding

Soos reeds in die eerste hoofstuk uiteengesit, behoort 'n voorkomingsprogram gebaseer te wees op die behoeftes en kenmerke van die teikengroep (Arthur & Blitz, 2000). Rocha Silva (1992), wat 'n belangrike bydrae gelewer het tot navorsing oor alkoholmisbruik in Suid Afrika, betreur bv. die feit dat alkoholmisbruikvoorkomings- en behandelingsprogramme nie op navorsing i.v.m. die spesifieke behoeftes van die teikengroep gegrond is nie. Sy sê: “However, it generally seems that in this country **preventive/treatment initiatives regarding alcohol/drug-related problems have not been accompanied by a simultaneous investment in research as a way of informing and evaluating the effectiveness of prevention/treatment efforts.** Alcohol/drug-related research is generally not initiated within the community to which it applies as part of the preventive/treatment actions in that community.

Vir die doel van die skryf van 'n voorkomingsprogram, was dit dus nodig om 'n analise van die probleem, soos wat dit in Tygerberg hospitaal voorkom, te doen. Die metodes van die ondersoek is reeds in hoofstuk 1 beskryf. In hierdie hoofstuk word die aard van die analise, die resultate van die opname en die resultate van die fokusgroepbesprekings beskryf.

### 4.2 Aard van die analise

Alkoholmisbruik is 'n ernstige probleem in Suid Afrika wat in die werkspek aangespreek behoort te word. In hoofstuk 1 is daarop gewys dat sommige gemeenskappe in Suid Afrika die hoogste prevalensie van fetale alkoholsindroom in die wêreld het en dat substansmisbruik 'n belangrike bydraende faktor tot misdaad, armoede, 'n disfunksionele gesinslewe, politieke onstabiliteit, die toename van kroniese siektes, soos HIV/VIGS en tuberkulose, beserings en vroegtydige sterftes is. Dit word beraam dat alkoholmisbruik die land jaarliks 10 miljard rand kos (NDMP 2006-2011).

In die besondere werkspek (Tygerberg hospitaal) is die probleem ook reeds deur die personeelondersteuningseenheid geïdentifiseer. Tussen 2003 en 2007 was substansmisbruik bv. vir tussen 11% en 19% van die gevallelading van die

personeelondersteuningseenheid verantwoordelik. Tussen 2003 en 2005 was substansmisbruik die grootste probleem wat hanteer is, volgens die jaarverslae van die werknemerwelstandprogram (Dept. Maatskaplike Werk, 2003, 2004 & 2005). Alkoholmisbruik was ook 'n bydraende faktor tot ander probleme van personeel, bv. afwesigheid van werk, finansiële probleme, huweliksprobleme en emosionele probleme.

Die alkoholmisbruikvoorkomingsprojek is skriftelik aan die bestuur van die hospitaal voorgelê vir goedkeuring. Die bestuur van die hospitaal het reeds in 'n gesamentlike vergadering van die bestuur en verteenwoordigers van georganiseerde arbeid op 25 Oktober 2002 aangedui dat bestuur alkoholmisbruik as 'n ernstige probleem in die hospitaal beskou. Die uittreksel uit die notule lui: "Management said substance abuse is a huge problem and mentioned that the idea is to assist the employees at the institution. Management mentioned that Mrs Steenkamp from Social Services will give a short presentation on the subject as part of her project will also include distribution of questionnaires to employees at later stage. Mrs. Steenkamp then gave a short presentation on the project and answered some questions from both Management and Labour (Notule van IBAK, die Interne Bestuur en Arbeid Koukus, 25 Oktober 2002). Die navorser het hierdie vergadering bygewoon ten einde die probleem van alkoholmisbruik met bestuur en verteenwoordigers van georganiseerde arbeid te bespreek. Daar was konsensus dat alkoholmisbruik 'n ernstige probleem is en toestemming is verleen dat met die projek voortgegaan word. 'n Opvolgvergadering is gehou op 19 April 2005 waarheen rolspelers uitgenooi is ten einde terugvoering van die behoeftebepaling te gee en die projek te bespreek. Vrae van rolspelers oor die projek, is beantwoord. Daar was ook individuele gesprekke met bestuurders en toesighouers, vergaderings met bestuur van kleiner afdelings, bv. die kombuispersoneel en verpleging, en briefwisseling i.v.m. die administrasie van die projek.

Daar is dus geoordeel dat daar voldoende inligting bestaan oor die omvang van die probleem in Suid Afrika en in die besondere werksplek om 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram te regverdig. Soos hierbo uiteengesit, was die verskillende rolspelers, nl. die personeelondersteuningseenheid, bestuur van die hospitaal, georganiseerde arbeid en supervisors ook betrokke by die besluit. Die werknemers se siening i.v.m. die erns van die probleem is bekom in die analise, veral in die fokusgroepbesprekings, en word later volledig bespreek. 'n Behoeftbepaling in die gewone sin van die woord is dus nie as noodsaaklike geag nie, maar daar is eerder gekonsentreer op die dieper analise van die spesifieke probleem.

Verskeie skrywers beklemtoon dat wanneer 'n program ontwikkel word, 'n spesifieke probleem geanaliseer word. In die geval waar daar reeds besluit is op 'n besondere probleem, kan daarom eerder gepraat word van die analise van die probleem as van 'n behoeftebepaling. Kaufman, Rojas en Mayer (1993) onderskei ook tussen behoeftebepaling en 'n analise van die probleem. Kaufman et al. (1993, p. 3) beskryf behoeftebepaling as 'n proses waardeur die tekortkominge in die huidige situasie teenoor die gewenste of ideale situasie bepaal word, die tekortkominge geprioritiseer word en die belangrikste tekortkominge, wat aangespreek moet word, uitgewys word. Wanneer die behoeftes bepaal is, word 'n analise gedoen, o.a. van die oorsake van die probleme. Rothman en Gant (1987, p. 36) redeneer dan ook: "Assessment entails gathering pertinent evidence and drawing inferences from that evidence about the nature of a given problem and actions and resources needed to deal with it. This process can involve an analysis at two different levels: the core problem in substantive terms and the solution environment surrounding the problem. A variety of questions needs to be asked about the core problem, with the following issues most salient:

1. Who composes the population requiring attention and who constitutes the primary beneficiaries of the change effort? What are their social, economic, political, and demographic characteristics?
2. What is the nature of the problem in terms of type (economic, psychological, organizational), scope (how many people are affected), and degree (how severe is the difficulty)?
3. How did the problem start and how has it changed over time? This may entail the development of a theory or theories. For example, chronic unemployment might be related to structural factors like racism. A case of child neglect could stem from the inadequacies of individuals or from chance events in nature (maternal incapacity because of stroke).

Daar is in die huidige studie getrag om antwoorde op bogenoemde vrae van Rothman en Grant (1987) te vind. Die meeste skrywers gebruik ongelukkig die term behoeftebepaling in albei situasies, m.a.w. wanneer daar besluit word oor die toewysing van bronne, sowel as wanneer 'n probleem geanaliseer word met die oog op die ontwikkeling van 'n program. Scriven (1993) meld ook dat behoeftebepaling sy letterlike betekenis verloor het en tans wyer gebruik word. Scriven beskou egter die letterlike betekenis as die belangrikste. Volgens Scriven (1991, p. 242) is 'n aanvaarbare definisie van 'n behoefte "anything essential for a satisfactory mode of existence or level of performance". Scriven gaan verder deur te sê dat daar onderskei moet word tussen behoeftes wat nodig is vir 'n bevredigende

lewenswyse of prestasie (Scriven noem dit “performance needs”) en behoeftes aan behandeling (“treatment needs”). Om die konsepte duideliker te maak gebruik Scriven die voorbeeld van kinders wat in staat moet wees om te lees as ‘n prestasiebehoefte. Wanneer egter verwys word na die behoefte aan onderrig in lees, is dit ‘n behoefte aan behandeling. Scriven noem dat dit in behoeftebepaling nodig is om eerstens aan te dui dat daar “prestasiebehoeftes” bestaan en dat daarna ‘n evaluasie gedoen kan word van die relatiewe waarde van verskillende modelle van behandeling.

Wat hierdie studie betref, bestaan reeds voldoende bewys dat alkoholmisbruik die lewensgehalte en werksprestasie van werknemers negatief beïnvloed. Die analise het daarom beide die prestasiebehoeftes en behoefte aan behandeling aangespreek. Die prestasiebehoeftes is aangespreek deurdat die omvang van die probleem bepaal is en die verband tussen alkoholafhanklikheid en werksprobleme beskryf is. Die mening van die teikengroep oor die erns van die probleem in die hospitaal is ook verkry deur fokusgroeppesprekings. Behoeftes aan behandeling is aangespreek deur die bepaling van werksfaktore wat bydra tot alkoholmisbruik, ander faktore wat bydra tot alkoholmisbruik, die verband tussen persoonlike faktore en alkoholmisbruik en werknemers se houding teenoor matige alkoholgebruik te beskryf. Uiteraard is meer klem gelê op die behoeftes aan behandeling aangesien die doel van die analise was om ‘n program te ontwerp wat op die besondere kenmerke van die spesifieke teikengroep gegrond is.

McKillip (1998, p 261) beskryf behoeftebepaling soos volg: “Need analysis is a decision-aiding tool used for resource allocation, program planning, and program development in the field of health, education, and the human services. Hiermee beklemtoon McKillip dat behoeftebepaling nie net benut word wanneer besluit moet word oor die toekenning van bronne nie, maar ook in programbeplanning en –ontwikkeling.

Rossi, Freeman en Lipsey (1999, p. 120) bespreek ook behoeftebepaling in terme van die analise van ‘n **spesifieke** probleem en die omstandighede van die teikengroep. Behoeftesbepaling behels, volgens laasgenoemde skrywers dat programbeplanners die aard van die probleem en die eienskappe, behoeftes en response van die teikengroep bestudeer. Die program moet ‘n belangrike probleem aanspreek op ‘n wyse wat die omstandighede van die teikengroep in ag neem. Nadat Rossi, Freeman en Lipsey (1999) hierdie aspek van behoeftebepaling beskryf het, gaan hulle voort: “It should be noted that needs assessment is not always done with reference to a specific social program or program proposal. The techniques of needs assessment are also used as planning tools and decision aids for

policymakers who must prioritize among competing needs and claims (Rossi, Freeman & Lipsey, 1999, p. 125). Laasgenoemde skrywers bespreek dus eers behoeftebepaling in terme van 'n spesifieke probleem wat bestudeer word en gee daarna erkenning daaraan dat behoeftebepalings ook wyer aangewend kan word om te prioritiseer tussen verskillende probleme.

Arthur en Blitz (2000, p. 244) skryf spesifiek oor behoeftebepaling as 'n onderdeel van die beplanning van substansmisbruikprogramme. Die skrywers noem dat die behoeftebepaling inligting omtrent die omvang van die probleem van substansmisbruik en die risikofaktore en beskermende faktore wat die populasie ervaar, moet verskaf. Hierdie inligting moet dan aangewend word om die intervensie te beplan.

Sussman en Wills (2001) beskryf die gebruik van behoeftebepaling in programontwikkeling. Volgens Sussman en Wills begin programontwikkeling altyd met teorie oor die probleem en hipoteses oor die meganismes waardeur verandering in die probleemgedrag teweeg gebring word. Die eerste aspek van die gebruik van teorie behels dat 'n grondige begrip van die probleem ontwikkel word. Nadat 'n model of modelle van die probleemgedrag ontwikkel is, kan 'n opname gedoen word om die persepsies en belange van die spesifieke groep te bepaal. Sussman en Wills (2001, p. 15) illustreer hierdie beginsel: "For example, guided by the theory that unstructured and unsupervised time is the mediator of adolescent problem behavior (Richardson et al., 1989), a youth needs assessment survey may address daily activities accessible to youth, youths' enjoyment of different activities, and perceived needs for new means to structure time". Die tweede aspek van die gebruik van teorie behels dat hipoteses ontwikkel word oor die meganismes van verandering van probleemgedrag. Analise kan weereens gebruik word om die leemtes in kennis van die oorsake, veranderingsmeganismes, gedrag en gevolge van gedrag te bepaal.

Bartholomew, Parcel, Kok en Gottlieb (2006) bespreek 'n model waarvolgens 'n behoeftebepaling gedoen kan word (die PRECEDE model) en dui ook aan dat die navorser op 'n spesifieke probleem bv. HIV/VIGS of kanker kan fokus. Laasgenoemde skrywers beklemtoon dat daar gedurende die proses van behoeftebepaling voortdurend prioriteite gestel word vir die behoeftebepaling: "Setting priorities in a needs assessment is an iterative process, occurring throughout the assessment as well as after data analysis at the assessment's end. Setting priorities about health problems and populations of interest begins when one determines in the preassessment what groups and problems to study. As health planners ask questions and gather information during the assessment, they make

various decisions about the continuing focus. For example, the asthma needs assessment came to be focused on school children” (Bartholomew et. al. 2006, p. 238). Bartholomew et.al. (2006) begin dus met die probleem van asma en verfyn dan die probleem selfs verder deur op skoolkinders te fokus.

Al bogenoemde skrywers doen die analise aan die hand van ‘n spesifieke probleem en bepaal die behoefte aan intervensie om ‘n spesifieke probleem aan te spreek. Voorts word die probleem en die kenmerke van die teikengroep in besonderhede beskryf. Vir die doel van die skryf van hierdie voorkomingsprogram, is dit nodig geag om ‘n analise van die probleem, soos wat dit in die besondere werksplek voorkom, te doen. ‘n Opname is daarom gemaak deur middel van ‘n gestratifiseerde steekproef van werknemers om

- patrone van alkoholgebruik,
- die redes vir alkoholgebruik,
- werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik en
- werknemers se houdings t.o.v. alkohol te beskryf.

Die opname is opgevolg met fokusgroepbesprekings waaraan die teikengroep deelgeneem het. Die doel van die fokusgroepsbesprekings was om addisionele inligting tot die vraelyste te bekom oor werknemers se siening van alkoholmisbruik in die hospitaal en om hulle betrokkenheid by die projek te bevorder sodat hulle eienaarskap daarvan sou neem. Daar is dus gebruik gemaak van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe data-insamelings metodes. Terwyl inligting omtrent die verspreiding van die probleem en die verband van die probleem met ander faktore deur kwantitatiewe navorsing bekom is, is die subjektiewe mening van die teikengroep bekom deur middel van fokusgroepbesprekings. Die fokusgroepbesprekings het ook sekere belangrike gevolgtrekkings, bv. in verband met die oorsake van alkoholmisbruik, van die kwantitatiewe studie bevestig.

Wanneer inligting oor gedrag en houdings ingesamel word, word daar gewoonlik ‘n opname gedoen en in die opname word normaalweg van selfrapportering gebruik gemaak (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb, 2006, p. 224). Verskeie skrywers meld dat selfrapportering geldige en betroubare inligting oor alkoholmisbruik verskaf en dat dit ook in die toekoms (regverdigbaar) die primêre bron van inligting oor alkoholgebruik sal bly (Babor, Steinberg, Anton & Del Boca, 2000; Del Boca & Darkes, 2003). Laasgenoemde skrywers wys ook daarop dat selfrapportering koste-effektief is en nie die privaatheid van respondente skend nie (*non invasive*). Daarby is selfrapportering aanvaarbaar vir die meerderheid

respondente. Del Boca en Darkes (2003) noem wel dat die betroubaarheid bepaal word deur die sosiale omgewing, kenmerke van respondente en wyses van data-insameling. Die feit dat die vraelyste anoniem voltooi is en dat respondente verseker is van vertroulikheid verhoog die betroubaarheid van die inligting. Respondente is verseker dat die doel van die studie was om inligting oor die werkerskorps te bekom en nie oor spesifieke individue nie. Voorts was die doel van die studie om die besondere kenmerke van die teikengroep te beskryf en die teikengroep se siening oor redes vir alkoholgebruik te verkry. Die beskrywing van die kenmerke van die teikengroep en die verband met alkoholgebruik, bv. geslag, ouderdom, beroepskategorie, opvoedingspeil ens. is waarskynlik geldig. Daar is ook geen bewys dat ander bronne beter inligting sal kan verskaf oor die redes vir alkoholgebruik as die teikengroep self nie. Kontroliering van die gegewens wat deur selfrapportering bekom is, sou die koste van die studie in terme van tyd en geld baie verhoog. Die tyd wat in 'n werksplek beskikbaar is vir sosiale programme is beperk en dit plaas beperkinge op die data wat ingesamel kan word. Die waarde van die studie kan egter verbeter word deur bv. ook die mening van kundiges te bekom oor die redes vir alkoholgebruik.

### 4.3 Die steekproef

'n Gestratifiseerde steekproef van 2038 persone (die helfte van die personeel van die hospitaal) is getrek. Daar is gestratifiseer volgens beroepskategorie en geslag. Die verspreiding volgens beroepskategorie word in Tabel 4.1 beskryf. Die verspreiding t.o.v. beroepskategorie van respondente word in dieselfde tabel vertoon, ter wille van duidelikheid.

**Tabel 4.1: Verspreiding volgens beroepskategorie**

<b>Beroepskategorie</b>	<b>Steekproef</b>	<b>%</b>	<b>Respondente</b>	<b>%</b>
Verpleging	863	42.3	271	33.3
Algemeen	506	24.8	280	34.4
Professioneel	294	14.4	110	13.5
Administratief	252	12.3	91	11.2
Tegnies	123	6	55	6.7
<b>Totaal</b>	<b>2038</b>	<b>100</b>	<b>807</b>	<b>99.1</b>
Onbekend			8	1
<b>Totaal</b>			<b>815</b>	<b>100*</b>

\*Afgerond

Die volgende kategorieë van werknemers word in die hospitaal aangetref: verpleegpersoneel, algemene personeel, professionele personeel, administratiewe personeel

en tegniese personeel. Die kategorieë administratiewe- en verplegingspersoneel het nie verdere omskrywing nodig nie. Algemene personeel sluit bv. ambagsmanne, bodes, drywers, skoonmakers, portiere, terreinwerkers en voedseldienshulpe in. Professionele persone sluit o.a. geneeshere, terapeute en natuurwetenskaplikes in. Die tegniese personeel bestaan uit magasynmeesters, radiograwe, tegnoloë, voedseldiensbestuurders en voorsieningsadministrasieklerke. Dit is opvallend dat verplegingspersoneel 'n baie groot komponent (42%) van die totale personeelkorps uitmaak.

In Tabel 4.2 word die verspreiding volgens geslag aangetoon.

**Tabel 4.2: Verspreiding volgens geslag**

<b>Geslag</b>	<b>Steekproef</b>	<b>%</b>	<b>Respondente</b>	<b>%</b>
Vroulik	1569	76.9	615	75.4
Manlik	469	23.0	199	24.4
Onbekend			1	0
<b>Totaal</b>	2038	100*	815	100*

\*Afgerond

Weens die groot aantal (hoofsaaklik vroulike) verplegingspersoneel, is die meerderheid personeellede in die hospitaal vroulik.

Vraelyste is aan die administratiewe, professionele, tegniese en senior verplegingspersoneel gestuur. Groepsadministrasie van vraelyste is gebruik vir die algemene personeel en die junior verplegingspersoneel (stafverpleegsters en assistentverpleegsters). Groepsadministrasie het dit moontlik gemaak om hulp te verleen aan hierdie groepe met die voltooiing van die vraelyste. Terselfdertyd is fokusgroepbesprekings gehou met die laasgenoemde groepe. Agthonderd-en-vyftien vraelyste (40%) is terugontvang. Die respons is aanvaarbaar in die lig van die sensitiewe aard van die studie.

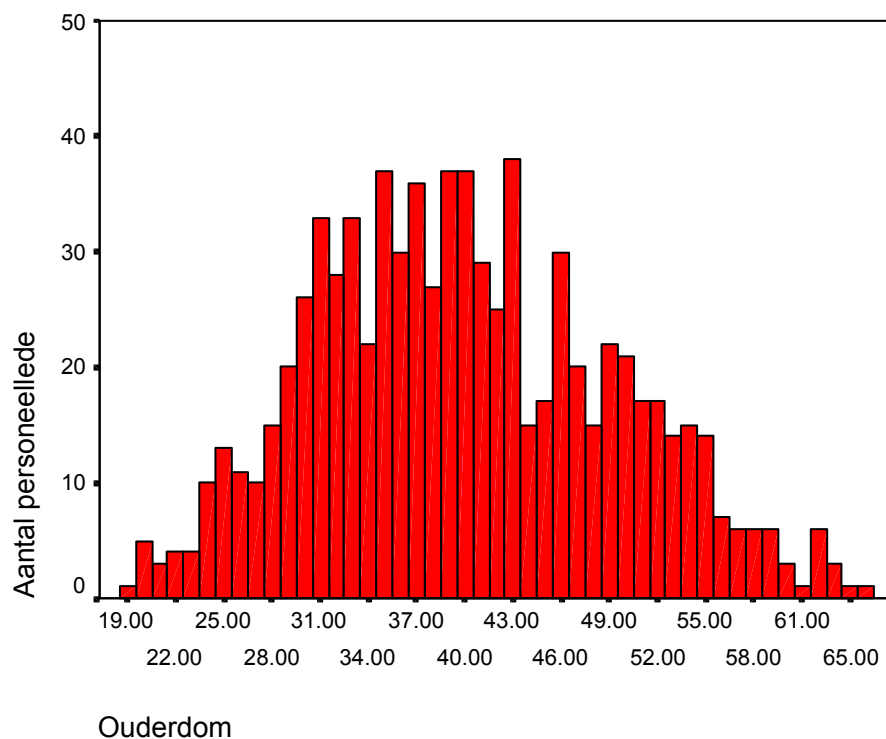
Die verspreiding van die geslag van respondente het ooreengestem met die verspreiding in die oorspronklike steekproef. In die meeste beroepskategorieë was daar ook nie groot verskille nie. Minder verpleegpersoneel het egter gerespondeer ('n verskil van 9%) en meer algemene personeel (ook 'n verskil van 9%). Daar kan verskillende redes wees waarom minder terugvoer van verpleegpersoneel ontvang is. In die eerste plek is daar 'n groot uitvloei van verpleegpersoneel uit die hospitaal en dit mag wees dat die vraelyste baie van die verpleegpersoneel nie bereik het nie. Weens die uitvloei is daar ook 'n tekort aan verpleegsters in die hospitaal met gevolglike werksdruk. Dit kon dus vir verpleegsters



moeiliker gewees het om die byeenkomste by te woon, waar vraelyste voltooi is. Die verskil behoort egter nie 'n groot uitwerking op die resultate te hê nie, aangesien die laer range van verpleging en die algemene personeel ooreenstem wat betref vlakke van opleiding en vergoeding.

#### 4.4 Demografiese besonderhede

Die ouderdomme van die studiegroep het gewissel tussen 19 en 69 jaar. Die gemiddelde ouderdom was 40 jaar. Soos uit Figuur 4.1 blyk, was die ouderdomme normaal versprei. Vyf-en-sewentig persent van die respondente was 46 jaar oud of jonger.



**Figuur 4.1: Ouderdom van die studiegroep**

Vyf-en-sewentig persent van respondente was vroulik en 24% manlik. Vier-en-sestig persent van die respondente was getroud of in saamleefverhoudings betrokke terwyl 36% enkellopend was. Die samestelling van die beroepskategorie van respondente is reeds beskryf in punt 1.

Uit Tabel 4.3 blyk dit dat bykans 40% van die studiegroep oor 'n naskoolse kwalifikasie beskik het.

**Tabel 4.3: Opvoedkundige kwalifikasie van respondente**

Kwalifikasie	N	%	Geldige %	Kumulatiewe %
Graad 7 en laer	124	15.2	15.3	15.3
Graad 8 tot 11	236	29.0	29.1	44.3
Graad 12	138	16.9	17.0	61.3
Naskoolse kwal	314	38.5	38.7	100.0
Totaal	812	99.6	100.0	
Onbekend	3	0.4		
Totaal	815	100.0		

#### 4.5 Werksprobleme

Daar is aan respondente gevra of hulle gedurende die voorafgaande drie maande enige van ses werksprobleme ondervind het. Die gegewens is in Tabel 4.4 opgesom. Dit is opmerklik dat 38% van die studiegroep gedurende die voorafgaande 3 maande siekverlof geneem het. Daar was 'n betekenisvolle verband tussen alkoholafhanklikheid en die neem van siekverlof ( $X^2=9.065$ ,  $gv=1$ ,  $p<.01$ ). Alkoholafhanklikheid voorspel egter nie die neem van siekverlof nie ( $\lambda=.014$ ).

**Tabel 4.4: Werksprobleme**

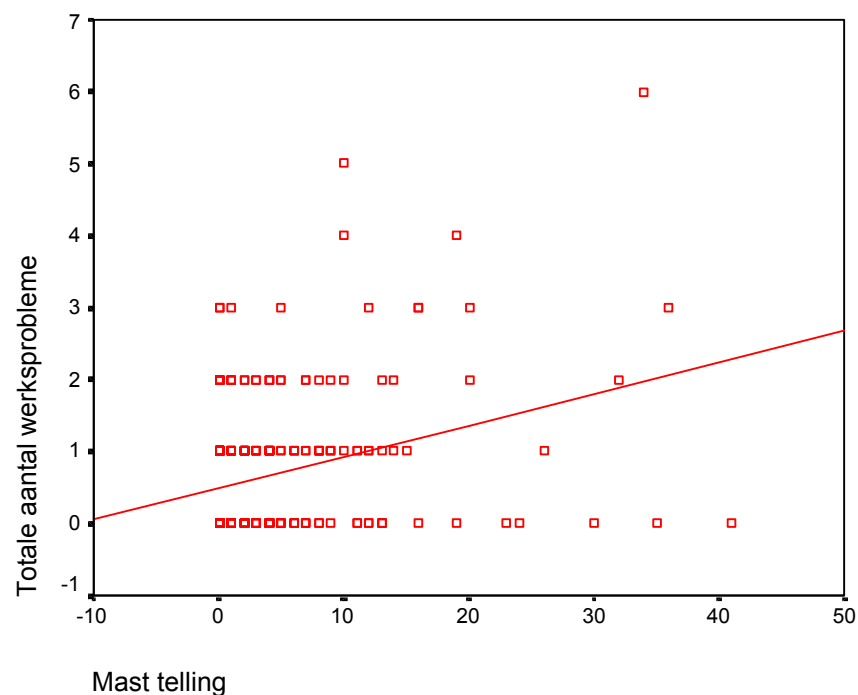
Werksprobleem	Ja		Nee		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Werksongeluk	56	7.0	746	93.0	802	100
Konflik met kollega	75	9.3	728	90.7	803	100
Konflik met meerdere	41	5.1	761	94.9	802	100
Afwesig sonder verlof	37	4.6	766	95.4	803	100
Dissiplinêre optrede	17	2.1	784	97.9	801	100
Siekverlof	306	38.1	498	61.9	804	100

Daar is 'n totale telling van werksprobleme bereken vir elke respondent deur die aantal probleme wat die respondent gedurende die afgelope drie maande ondervind het, bymekaar te tel. Hierdie gegewens word in Tabel 4.5 weergegee.

**Tabel 4.5: Aantal werksprobleme wat respondente ervaar**

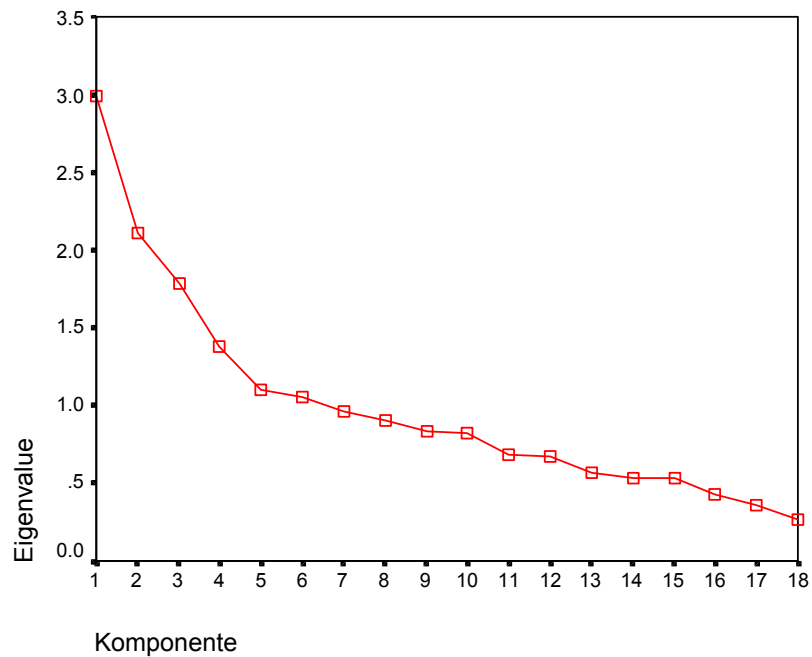
Werksprobleme	N	%	Geldige %	Kumulatiewe %
0	428	52.52	52.52	52.52
1	285	34.97	34.97	87.48
2	73	8.96	8.96	96.44
3	20	2.45	2.45	98.90
4	6	0.74	0.74	99.63
5	1	0.12	0.12	99.75
6	2	0.25	0.25	100
<b>Totaal</b>	<b>815</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Uit Tabel 4.5 blyk dit dat 47% van respondente minstens een of meer werksprobleme gedurende die voorafgaande drie maande ervaar het. Daar was 'n positiewe verband tussen werksprobleme en alkoholafhanklikheid ( $r=.298$ ,  $p<.01$ ). Hierdie verband word weerspieël in die verspreidingsdiagram in Figuur 4.2.

**Figuur 4.2 Verspreidingsdiagram van aantal werksprobleme en alkoholafhanklikheid**

#### 4.6 Werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik

'n Faktor analise is gedoen om die werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik te bepaal. Eerstens is 'n hoof komponente ontleding (*principal components analysis*) gedoen. Die aantal faktore is daarna volgens die hellingskaart (*scree plot*) bepaal (Foster, 1998). Die hellingskaart word in Figuur 4.3 weergegee.



**Figuur 4.3: Hellingskaart van werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik**

Vervolgens is 'n algemene faktor analise gedoen, met die aantal faktore vasgestel op vier. Varimax rotasie is gebruik. 'n Struktuurmatriks is verkry, soos weergegee in Tabel 4.6.

**Tabel 4.6:     Struktuurmatriks van werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik**

<b>Werksfaktore</b>	<b>Faktor</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Werk sonder toesig	-0.031	-0.142	0.0815	0.215
Alkoholgebruik toegelaat	-0.055	0.2268	0.0482	0.0328
Dissiplinêr opgetree teenoor persone onder invloed	<b>0.8017</b>	-0.159	0.0351	-0.017
Dissiplinêr opgetree werksprestasië onbevredigend	<b>0.8715</b>	-0.144	0.0384	-0.03
Reëls t.o.v. alkoholgebruik duidelik	<b>0.5107</b>	0.0102	-0.001	-0.144
Alkohol maklik bekom gedurende werkstyd	0.0224	<b>0.5327</b>	0.131	-0.001
Iemand bied alkohol aan gedurende werkstyd	0.0393	0.1853	<b>0.6673</b>	0.0142
Iemand nooi om drinkplek te besoek gedurende werkstyd	0.01	0.207	<b>0.7749</b>	0.0896
Ervaar stres by werk	-0.015	-0.073	0.0286	<b>0.6069</b>
Meer werk as wat ek kan hanteer	-0.043	0.0306	0.0989	<b>0.5066</b>
Werk is vervelig	-0.066	0.1187	0.0371	<b>0.4794</b>
Onbetrokke by werk	-0.048	0.1607	0.0707	<b>0.422</b>
Besluite op hoër vlak geneem	-0.036	0.2482	0.0207	<b>0.3084</b>
Drink saam met kollegas by werk	-0.016	0.1217	<b>0.4282</b>	0.0594
Drink saam met kollegas buite werk	0.0354	-0.014	<b>0.3412</b>	0.1941
Kollegas gebruik alkohol by werk	-0.159	<b>0.5916</b>	0.1453	0.0249
Kollegas keur alkoholmisbruik oor naweke goed	-0.046	<b>0.658</b>	0.0552	0.1144
Kollegas sê niks oor gebruik gedurende werksure	-0.012	<b>0.3004</b>	0.2184	0.0187
Ekstraksie metode: Hoofas faktorisering				
Rotasie metode: Varimax met Kaiser normalisering.				
Variansie verklaar: 33%				

Die eerste faktor verwys na die **kontrole** wat in die werksplek oor alkoholgebruik uitgeoefen word. Uit tabel 4.6 blyk dit dat die volgende veranderlikes 'n lading van meer as .3 met faktor 1 het:

- Daar word dissiplinêr opgetree teenoor persone wat onder die invloed van alkohol is by die werk.

- Daar word dissiplinêr opgetree teenoor persone wie se werksprestasie onbevredigend is a.g.v. alkoholmisbruik.
- Die hospitaal se reëls t.o.v. alkoholgebruik in die werksplek word duidelik oorgedra.

Die tweede faktor kan beskryf word as die **beskikbaarheid van alkohol**. Die fisiese beskikbaarheid van alkohol word hierdeur beskryf, sowel as kollegas se positiewe houding teenoor alkoholgebruik. In die literatuur word na die permissiewe houding van kollegas teenoor alkoholgebruik verwys as 'sosiale beskikbaarheid' (Moskowitz, 1989, p. 56). Dit kan ook daarop dui dat die werksnorme en –kultuur positief is t.o.v. alkoholgebruik. Die volgende veranderlikes het 'n verband met die tweede faktor (lading meer as .3).

- Alkohol kan maklik bekom word gedurende werktyd.
- Een of meer van my kollegas gebruik alkohol gedurende werk of net voor werk.
- My kollegas keur alkoholmisbruik oor naweke goed.
- My kollegas sal niks sê as ek of iemand anders gedurende werksure alkohol gebruik nie.

Die derde faktor kan beskryf word as **sosiale druk** om alkohol te gebruik. Die volgende veranderlikes het 'n lading van meer as .3 met die derde faktor:

- Iemand bied gedurende werktyd vir my alkohol aan.
- Iemand nooi my gedurende werktyd om 'n drinkplek te besoek.
- Ek drink saam met kollegas by die werk.
- Ek drink saam met kollegas buite werkure.

Die vierde faktor verwys na die **kwaliteit van werk** wat verband hou met alkoholgebruik. Die volgende veranderlikes het 'n lading van meer as .3 met die vierde faktor:

- Ek ervaar stres by die werk.
- Ek het meer werk as wat ek kan hanteer.
- My werk is vervelig.
- Ek voel onbetrokke by my werk.
- Besluite oor my werk word op 'n hoër vlak geneem sonder dat ek betrek word.

#### 4.7 Houding teenoor matige alkoholgebruik

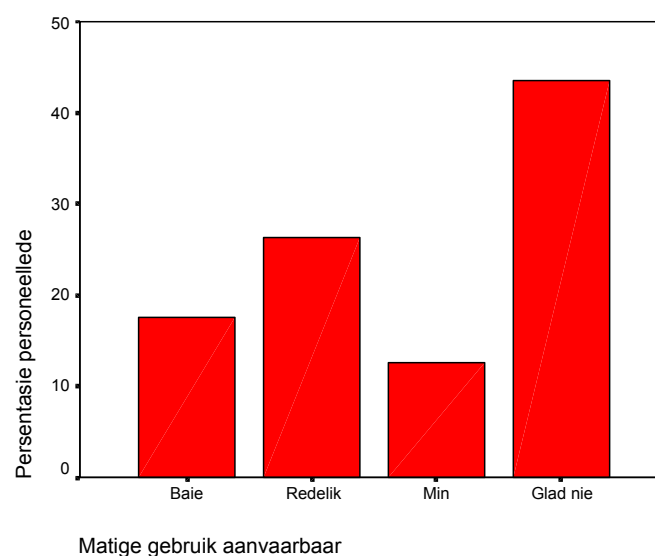
In hierdie afdeling is respondente se houding teenoor die matige gebruik van alkohol, d.w.s. waar 'n man nie meer as drie en 'n vrou nie meer as twee drankies per dag gebruik nie, getoets.

Uit Tabel 4.7 blyk dit dat 44% van respondente die matige gebruik van alkohol glad nie aanvaarbaar vind nie. Sewe-en-vyftig persent vind die matige gebruik van alkohol “glad nie” of “min” aanvaarbaar, teenoor 44% wat dit “baie” of “redelik” aanvaarbaar vind. Die algemene gevoel van die respondente blyk dus te wees dat die begrip “matige alkoholgebruik” nie aanvaarbaar is nie.

**Tabel 4.7: Aanvaarbaarheid van die matige gebruik van alkohol**

Aanvaarbaar	N	%	Geldige %	Kumulatiewe %
Baie	141	17.3	17.6	17.6
Redelik	210	25.8	26.3	43.9
Min	101	12.4	12.6	56.5
Glad nie	348	42.7	43.5	100
Subtotaal	800	98.2	100	
Onbekend	15	1.8		
<b>Totaal</b>	<b>815</b>	<b>100</b>		

Die negatiewe gevoel teenoor die matige gebruik van alkohol word duidelik weerspieël in Figuur 4.4.



**Figuur 4.4: Aanvaarbaarheid van matige gebruik**

Matige alkoholgebruik word ook nie deur die respondente beskou as 'n realistiese doelstelling vir mense in hulle gemeenskappe nie. Die frekwensies in Tabel 4.8 stem ooreen met die in Tabel 4.7.

**Tabel 4.8: Matige alkoholgebruik as realistiese doelstelling**

<b>Realisties</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
Baie	174	21.3	21.9	21.9
Redelik	189	23.2	23.8	45.7
Min	102	12.5	12.8	58.5
Glad nie	330	40.5	41.5	100
Subtotaal	795	97.5	100	
Onbekend	20	2.5		
<b>Totaal</b>	<b>815</b>	<b>100</b>		

Die houding teenoor matige alkoholgebruik word egter die beste weerspieël deur die vraag of geheelonthouding beter is as matige alkoholgebruik. Soos in Tabel 4.9 gesien kan word, het 50% van respondente gevoel dat geheelonthouding “baie” beter is as matige gebruik en 66% was van mening dat dit “baie” of “redelik” beter is as matige gebruik.

**Tabel 4.9: Geheelonthouding beter as matige alkoholgebruik**

<b>Geheelonthouding beter</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
Baie	396	48.6	50.1	50.1
Redelik	126	15.5	15.9	66.1
Min	69	8.5	8.7	74.8
Glad nie	199	24.4	25.2	100
Subtotaal	790	96.9	100	
Onbekend	25	3.1		
<b>Totaal</b>	<b>815</b>	<b>100</b>		

Om te bepaal of daar 'n verband is tussen houding teenoor matige alkoholgebruik en opvoedkundige kwalifikasie, is 'n nuwe veranderlike, *Houding teenoor matige alkoholgebruik* geskep. Die veranderlike is bereken deur eerstens veranderlike 4.3 (*Is geheelonthouding beter as matige alkoholgebruik*) om te keer sodat dit die houding teenoor matige alkoholgebruik in dieselfde rigting meet as die ander twee veranderlikes wat houding teenoor matige alkoholgebruik meet. Die ander twee veranderlikes is: *Is die matige gebruik van alkohol, d.w.s. waar 'n man nie meer as drie drankies en 'n vrou nie meer as twee drankies*



*per dag gebruik nie, vir u aanvaarbaar? en Is matige gebruik 'n realistiese doelstelling vir mense in u gemeenskap?* Die tellings wat respondente op hierdie drie veranderlikes gekry het (op 'n skaal van 1 tot 4) is vervolgens saamgetel om die nuwe veranderlike te bereken. Hierdie veranderlike kan beskou word as 'n intervalveranderlike aangesien tellings van 3 tot 12 behaal kan word op die nuwe skaal en dit moontlik is om 'n gemiddelde te bereken. Gevolglik is 'n eenrigting Anova toets gebruik om die sterkte van die verband te bepaal. Uit Tabel 4.10 kan gesien word dat die gemiddeldes van die onderskeie kategorieë baie naby aan mekaar lê. Daar kan dus nie verwag word dat daar 'n sterk verband sal wees tussen opvoedkundige status en houding teenoor matige alkoholgebruik nie. Die klein verskille tussen die onderskeie groepe is egter statisties beduidend ( $F=3.168$ ,  $p=.025$ ).

**Tabel 4.10    Beskrywende statistiek. Eenrigting Anova:  
Houding teenoor matige alkoholgebruik en opvoedkundige kwalifikasie.**

Kwalifikasie	N	Gem.	Std. Afwyking	Std. Fout	Min	Maks
Graad 7 en laer	121	8.8	2.1	0.2	3	12
Graad 8 tot 11	224	8.3	2.4	0.2	3	12
Graad 12	130	8.9	2.3	0.2	4	12
Naskoolse kwalifikasie	300	8.3	2.5	0.1	3	12
<b>Totaal</b>	775	8.4	2.4	0.1	3	12

Uit die Bonferroni toets (Tabel 4.11) blyk dit egter dat daar geen beduidende verskille bestaan tussen die onderskeie opvoedkundige kategorieë wat betref hulle houding teenoor matige alkoholgebruik nie.

**Tabel 4.11: Anova: Post hoc toets vir assosiasie tussen opvoedkundige kwalifikasie en houding teenoor matige alkoholgebruik**

Afhanklike veranderlike: HOU. ALK						
Bonferroni						
(I) Opvoedkundige kwalifikasie	(J) Opvoedkundige kwalifikasie	Gem. Verskil (I-J)	Std Fout	Bedui- dend	95% Betroutbaarheids Int	
					Laer Grens	Hoër grens
Graad 7 en laer	Graad 8 tot 11	0.5	0.3	0.4	-0.2	1.2
	Graad 12	-0.1	0.3	1.0	-0.9	0.7
	Naskoolse kwal.	0.5	0.3	0.3	-0.2	1.2
Graad 8 tot 11	Graad 7 en laer	-0.5	0.3	0.4	-1.2	0.2
	Graad 12	-0.6	0.3	0.1	-1.3	0.1
	Naskoolse kwal.	0.0	0.2	1.0	-0.5	0.6
Graad 12	Graad 7 en laer	0.1	0.3	1.0	-0.7	0.9
	Graad 8 tot 11	0.6	0.3	0.1	-0.1	1.3
	Naskoolse kwal.	0.6	0.2	0.1	0.0	1.3
Naskoolse kwal.	Graad 7 en laer	-0.5	0.3	0.3	-1.2	0.2
	Graad 8 tot 11	0.0	0.2	1.0	-0.6	0.5
	Graad 12	-0.6	0.2	0.08	-1.3	0.0

Wat beroepskategorieë betref, was daar wel beduidende verskille tussen die verskillende beroepskategorieë en houding teenoor matige alkoholgebruik. Die professionele groep het die laagste gemiddelde telling, 7.2 (Tabel 4.12) gehad. Dit beteken dat hulle die positiefste was teenoor matige alkoholgebruik. Verpleging het die hoogste gemiddelde telling, 9.1 (Tabel 4.12) gehad en was dus die negatiefste teenoor matige alkoholgebruik. Die verskille is beduidend ( $F=13.541$ ,  $p<.000$ ).

**Tabel 4.12: Beskrywende statistiek. Eenrigting Anova: Beroepskategorie en Houding teenoor matige alkoholgebruik**

Beroeps- kategorie	N	Gem.	Std. Afw	Std. Fout	95% Betr. Interval		Min	Max
					Laer grens	Hoër Grens		
Administratief	86	8.2	2.3	0.2	7.7	8.7	3	12
Algemeen	274	8.4	2.3	0.1	8.1	8.7	3	12
Tegnies	53	8.2	2.2	0.3	7.6	8.8	4	12
Professioneel	105	7.2	2.7	0.3	6.7	7.7	3	12
Verpleging	251	9.1	2.2	0.1	8.9	9.4	3	12
Totaal	769	8.4	2.4	0.1	8.3	8.6	3	12

Uit die Bonferroni toets (Tabel 4.13) blyk dit dat die professionele groep en verpleging betekenisvol van al die beroepskategorieë verskil wat betref houding teenoor matige

alkoholgebruik, behalwe van die tegniese kategorie. Die tegniese kategorie verskil nie beduidend van enige van die ander groepe nie.

**Tabel 4.13: Anova: Post hoc toets vir assosiasie tussen beroepskategorie en houding teenoor matige alkoholgebruik**

**Bonferroni**

(I) Beroepskat	(J) Beroepskat	Gem. Verskil (I-J)	Std. Fout	Beduidend.
Administratief	Algemeen	-0.1	0.3	1
	Tegnies	0.0	0.4	1
	Prof	1.0*	0.3	0.0
	Verpleging	-0.9*	0.3	0.0
Algemeen	Administratief	0.1	0.3	1.0
	Tegnies	0.2	0.3	1.0
	Prof	1.2*	0.3	0.0
	Verpleging	-0.8*	0.2	0.0
Tegnies	Administratief	0.0	0.4	1.0
	Algemeen	-0.2	0.3	1.0
	Prof	1.0	0.4	0.1
	Verpleging	-0.9	0.3	0.1
Professioneel	Administratief	-1.0*	0.3	0.0
	Algemeen	-1.2*	0.3	0.0
	Tegnies	-1.0	0.4	0.1
	Verpleging	-1.9*	0.3	0.0
Verpleging	Administratief	0.9*	0.3	0.0
	Algemeen	0.8*	0.2	0.0
	Tegnies	0.9	0.3	0.1
	Prof	1.9*	0.3	0.0

\*

Die gemiddelde verskil is betekenisvol op die .05 vlak.

## **4.8 Die voorkoms van alkoholgebruik by die studiegroep**

In hierdie afdeling is vrae gestel oor die voorkoms van alkoholgebruik, frekwensie van gebruik, tipe alkohol wat gebruik word, hoeveelheid drankies per geleentheid en riskante alkoholgebruik.

### **4.8.1 Voorkoms van alkoholgebruik**

Driehonderd-sewe-en-sewentig persone (46% van die respondente) het te kenne gegee dat hulle alkohol gebruik. Die res van die ontleding is slegs op die gegewens van hierdie respondente gedoen. Van die persone wat wel alkohol gebruik was 123 (33%) mans en 254

(67%) vroue. Daar is 'n verband tussen alkoholgebruik en geslag ( $X^2=25.432$ ,  $gv=1$ ,  $p<.000$ ), met proporsioneel meer mans as vroue wat alkohol gebruik. Geslag voorspel 12.5% van die variansie in alkoholgebruik ( $\text{Lamda}=.125$ ,  $p<.000$ ). Wanneer mans en vroue afsonderlik bestudeer word, gebruik 62% van mans alkohol, teenoor 41 % van vroue.

Uit die tabulering van beroepskategorie en alkoholgebruik (Tabel 4.14), kan gesien word dat minder as die verwagte aantal algemene personeel en ook minder as die verwagte aantal verpleegpersoneel alkohol gebruik. Baie meer as die verwagte aantal professionele persone gebruik alkohol. Die verband tussen alkoholgebruik en beroepskategorie is beduidend ( $X^2=90.547$ ,  $gv=4$ ,  $p<.000$ ). Voorts kan gesien word dat beroepskategorie wel waarde het om alkoholgebruik te voorspel ( $\text{Lamda}=.251$ ,  $p<.000$ ).

**Tabel 4.14: Tabulering van alkoholgebruik en beroepskategorie**

			Beroepskategorie					Totaal
			Adminis- tratief	Alge- meen	Tegnies	Profes- sioneel	Verpleg- ing	
Alkohol- gebruik	Ja	N	47	100	38	90	100	375
		Verwagte N	42	130	26	51	126	375
	Nee	N	44	180	17	20	171	432
		Verwagte N	49	150	29	59	145	432
Totaal		N	91	280	55	110	271	807
		Verwagte N	91	280	55	110	271	807

In Tabel 4.15 word die verband tussen alkoholgebruik en opvoedkundige kwalifikasie weergegee. Meer persone met 'n naskoolse kwalifikasie as wat verwag is, het alkohol gebruik. Die verband tussen alkoholgebruik en opvoedkundige kwalifikasie is beduidend ( $X^2=38.573$ ,  $gv=3$ ,  $p<.000$ ). Opvoedkundige kwalifikasie voorspel 15.5% van die variansie in alkoholgebruik ( $\text{Lamda}=.155$ ,  $p=.001$ ).

**Tabel 4.15     Alkoholgebruik en opvoedkundige kwalifikasie**

			Opvoedkundige kwalifikasie				Totaal
			Graad 7 en laer	Graad 8 tot 11	Graad 12	Naskool	
Alkohol-gebruik	Ja	N	41	87	61	186	375
		Verwagte N	57	109	64	145	375
	Nee	N	83	149	77	128	437
		Verwagte N	67	127	74	169	437
Totaal		N	124	236	138	314	812
		Verwagte N	124	236	138	314	812

#### 4.8.2     Frekwensie van gebruik

Drie persent van die respondente het aangedui dat hulle daagliks alkohol gebruik. Nege persent het aangedui dat hulle 3-5 dae per week alkohol gebruik en 27 persent het aangedui dat hulle slegs oor naweke alkohol gebruik. Die grootste persentasie (61%) het aangedui dat hulle een maal per week of minder alkohol gebruik. Hierdie gegewens word in Tabel 4.16 opgesom.

**Tabel 4.16     Frekwensie van alkoholgebruik**

Frekwensie	N	%	Geldige %	Kumulatiewe %
Daagliks	12	3.2	3.2	3.2
3-5 dae per week	33	8.8	8.9	12.1
Slegs naweke (2 dae per week)	101	26.8	27.2	39.4
1 maal per week of minder	225	59.7	60.6	100
Totaal	371	98.4	100	
Onbekend	6	1.6		
<b>Totaal</b>	<b>377</b>	<b>100</b>		

#### 4.8.3     Tipe alkohol wat respondente gebruik

Een-en-vyftig persent van die respondente drink wyn, 48% drink bier, 24% drink spiritualieë en 22% drink ander tipes alkoholiese drank. Baie respondente drink meer as een tipe alkoholiese drank. Vier-en-twintig persent het aangedui dat hulle slegs wyn drink, 20% slegs bier, 6% slegs spiritualieë en 14% slegs ander tipes alkoholiese drank.

#### 4.8.4 Hoeveelheid drankies per geleentheid

Daar is aan respondente gevra watter en hoeveel van die verskillende tipes alkoholiese drankies (bier, wyn, spiritualieë) hulle per geleentheid drink (wanneer hulle drink, m.a.w. dit is hulle normale patroon van alkoholgebruik). Die response is verwerk na aantal eenhede alkohol per geleentheid. 'n Standaardeenheid bestaan uit een bier (340 ml), 1 glas wyn (150 ml) of een sopie spiritualieë (25 ml). Dit is moeilik vir baie respondente om verslag te doen van die aantal drankies wat hulle per geleentheid drink, omdat hulle dikwels in groepe drink, uit een houer drink en nie hulle drankies tel nie. Gevolglik is probeer om die vraag te vereenvoudig (sien vraag 5.3 op die vraelys) en self die antwoorde te verwerk na eenhede alkohol. Nogtans is die response nie baie betroubaar nie, aangesien enkele respondente (2 vroue en 8 mans) aangedui het dat hulle meer as 25 eenhede alkohol per geleentheid drink. Persone wat soveel drink se bloed-alkohol-konsentrasie sal .60% wees en die breinfunksionering sal onderdruk wees en 'n koma of die dood sal intree weens respiratoriese of kardiovaskulêre probleme (SANCA Ongepubliseerde Inligtingstuk).

Die gegewens vir vroue word in Tabel 4.17 weergegee.

**Tabel 4.17: Aantal eenhede alkohol per geleentheid vir vroue**

Eenhede	N	%	Geldige %	Kumulatiewe %
0	6	0.98	2.59	2.59
1	67	10.89	28.88	31.47
2	69	11.22	29.74	61.21
3	34	5.53	14.66	75.86
4	22	3.58	9.48	85.34
5	3	0.49	1.29	86.64
6	8	1.30	3.45	90.09
7	4	0.65	1.72	91.81
8	5	0.81	2.16	93.97
9	2	0.33	0.86	94.83
10	1	0.16	0.43	95.26
12	4	0.65	1.72	96.98
13	1	0.16	0.43	97.41
14	1	0.16	0.43	97.84
16	2	0.33	0.86	98.71
24	1	0.16	0.43	99.14
32	1	0.16	0.43	99.57
45	1	0.16	0.43	100
<b>Totaal</b>	<b>232</b>	<b>37.72</b>	<b>100</b>	

Dit blyk uit Tabel 4.17 dat 39% van vroue (90 vroue) in die studiegroep wat alkohol gebruik, drie of meer drankies per geleentheid drink. D.w.s. 15% van die totale studiegroep drink drie of meer drankies per geleentheid. Die gegewens vir mans word in Tabel 4.18 weergegee.

**Tabel 4.18: Aantal eenhede per geleentheid vir mans**

Eenhede	N	%	Geldige %	Kumulatiewe %
0	2	1.01	1.80	1.80
1	9	4.52	8.11	9.91
2	17	8.54	15.32	25.23
3	16	8.04	14.41	39.64
4	19	9.55	17.12	56.76
5	6	3.02	5.41	62.16
6	13	6.53	11.71	73.87
8	8	4.02	7.21	81.08
9	1	0.50	0.90	81.98
10	4	2.01	3.60	85.59
12	3	1.51	2.70	88.29
14	1	0.50	0.90	89.19
15	1	0.50	0.90	90.09
16	1	0.50	0.90	90.99
18	1	0.50	0.90	91.89
20	1	0.50	0.90	92.79
25	1	0.50	0.90	93.69
30	1	0.50	0.90	94.59
34	1	0.50	0.90	95.50
35	1	0.50	0.90	96.40
36	1	0.50	0.90	97.30
39	1	0.50	0.90	98.20
46	1	0.50	0.90	99.10
78	1	0.50	0.90	100
<b>Totaal</b>	111	55.78	100.00	

Drie-en-veertig persent van mans wat alkohol gebruik, drink vyf of meer drankies per geleentheid. Dit verteenwoordig 48 mans of 24% van die studiegroep.

#### 4.8.5 Riskante alkoholgebruik

Die inligting oor die aantal geleenthede waartydens respondente 5 of meer drankies per geleentheid drink, word in Tabel 19 vertoon. Elf persent van respondente wat alkohol gebruik, het gesê dat hulle weekliks 5 of meer drankies per geleentheid drink.

**Tabel 4.19 Vyf of meer drankies per geleentheid**

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
Nooit	182	48.3	48.8	48.8
Maandeliks of minder	140	37.1	37.5	86.3
Weekliks	42	11.1	11.3	97.6
Daagliks of feitlik daagliks	9	2.4	2.4	100
<b>Subtotaal</b>	373	98.9	100	
Onbekend	4	1.1		
<b>Totaal</b>	377	100		

#### 4.9 Die voorkoms van alkoholafhanklikheid by die studiegroep

Die voorkoms van alkoholafhanklikheid by die studiegroep, is bepaal deur gebruik te maak van 'n siftingstoets, die *Michigan Alcoholism Screening Test*, kortweg die *Mast*, (Selzer, 1971). Twee interpretasies van die toets is moontlik. Selzer (1971) beskou 'n telling van 5 as die afsnypunt waarvolgens alkoholafhanklikheid geïdentifiseer kan word. Volgens hierdie indeling kan 20% van die respondente wat alkohol gebruik as afhanklik beskou word (Tabel 20). Dit is 9% van die studiegroep in geheel.

**Tabel 4.20 Alkoholafhanklikheid volgens Selzer se indeling.**

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
Nie Alkoholafhanklik (0 – 3)	263	69.8	69.8	69.8
Moontlik alkoholafhanklik (4)	38	10.1	10.1	79.8
Alkoholafhanklik (5 - 55)	76	20.2	20.2	100
<b>Totaal</b>	377	100	100	

Cyr en Wartman (1988) het 'n meer konserwatiewe indeling gevolg (Tabel 4.21). Volgens Cyr en Wartman se indeling kan 15% van respondente wat alkohol gebruik as afhanklik beskou word. Dit is 7% van die totale studiegroep.



**Tabel 4.21     Alkoholafhanklikheid volgens Cyr en Wartman**

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
Nie Alkoholafhanklik (0 - 4)	301	79.1	79.1	79.1
Moontlik Alkoholafhanklik (5 - 6)	18	4.8	4.8	84.6
Alkoholafhanklik (7 - 9)	21	5.6	5.6	90.2
Matig Alkoholafhanklik (10 -20)	28	7.4	7.4	97.6
Ernstig Alkoholafhanklik (21 - 55)	9	2.4	2.4	100
<b>Totaal</b>	<b>377</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Die gemiddelde telling vir mans op die *Mast* was 5.2 teenoor 2.4 vir vroue (Tabel 4.22). Mans was dus meer geneig om alkoholafhanklik te wees as vroue ( $t = 4.453$ ,  $p < .000$ ).

**Tabel 4.22:     Beskrywende statistiek t.o.v. alkoholafhanklikheid en geslag**

	<b>Geslag</b>	<b>N</b>	<b>Gem.</b>	<b>Std. Afwyking</b>	<b>Std. Fout Gem</b>
Mast telling	Manlik	123	5.2	8.0	0.7
	Vroulik	254	2.4	4.3	0.3

Daar was geen beduidende verband tussen huwelikstatus en alkoholafhanklikheid nie ( $t = -.399$ ,  $p = .690$ ).

Beroepskategorie het wel 'n beduidende verband met alkoholafhanklikheid getoon. Dit is opmerklik dat die gemiddelde *Mast telling* vir die beroepskategorie *algemeen* baie hoër is as enige van die ander beroepskategorieë en dat *verpleging* die tweede hoogste gemiddelde telling het (Tabel 4.24). Hierdie verskille is beduidend ( $F = 17.663$ ,  $p < .000$ ).

**Tabel 4.23:     Beroepskategorie - Alkoholafhanklik: Kruistabulering**

		<b>Nie-afhanklik</b>	<b>Afhanklik</b>	<b>Totaal</b>
<b>Beroepskategorie</b>	Administratief	45	2	47
	Algemeen	55	45	100
	Tegnies	36	2	38
	Vakkundig	84	6	90
	Verpleging	79	21	100
<b>Totaal</b>		<b>299</b>	<b>76</b>	<b>375</b>

**Tabel 4.24: Beskrywende statistiek t.o.v. alkoholafhanklikheid en beroepskategorie**

Mast telling				
Beroepskat.	N	Gem.	Std. Afwyking	Std. Fout
Administratief	47	1.8	2.3	0.3
Algemeen	100	6.9	8.2	0.8
Tegnies	38	0.8	1.7	0.3
Professioneel	90	0.9	1.8	0.2
Verpleging	100	3.5	6.2	0.6
<b>Totaal</b>	<b>375</b>	<b>3.3</b>	<b>5.9</b>	<b>0.3</b>

**Tabel 4.25: Bonferroni toets: Beroepskategorie en alkoholafhanklikheid**

(I) Beroepskat	(J) Beroepskat	Gem. Verskil (I-J)	Std. Fout	Bed.
Administratief	Algemeen *	-5.1	1.0	0.000
	Tegnies	0.9	1.2	1.000
	Professioneel	0.8	1.0	1.000
	Verpleging	-1.7	1.0	0.822
Algemeen	Administratief *	5.1	1.0	0.000
	Tegnies *	6.0	1.0	0.000
	Professioneel*	5.9	0.8	0.000
	Verpleging *	3.4	0.8	0.000
Tegnies	Administratief	-0.9	1.2	1.000
	Algemeen *	-6.0	1.0	0.000
	Professioneel	-0.1	1.1	1.000
	Verpleging	-2.6	1.0	0.127
Professioneel	Administratief	-0.8	1.0	1.000
	Algemeen *	-5.9	0.8	0.000
	Tegnies	0.1	1.1	1.000
	Verpleging *	-2.5	0.8	0.017
Verpleging	Administratief	1.7	1.0	0.822
	Algemeen *	-3.4	0.8	0.000
	Tegnies	2.6	1.0	0.127
	Professioneel*	2.5	0.8	0.017
*		*Die gemid telling is betekenisvol op die .05 vlak.		

Uit die Bonferroni-toets blyk dit dat die *algemene* kategorie betekenisvol verskil van al die ander kategorieë. Voorts verskil *verpleging* ook betekenisvol van die professionele kategorie.

Opvoedkundige kwalifikasie het ook 'n betekenisvolle verband met alkoholafhanklikheid. Uit die beskrywende statistiek (Tabel 26) kan al reeds gesien word dat hoe laer die kwalifikasie

is, hoe hoër is die gemiddelde telling op die *Mast*. Die eenrigting Anova toon 'n betekenisvolle verband ( $F=20.601$ ,  $p<.000$ ).

**Tabel 4.26: Beskrywende statistiek t.o.v. alkoholafhanklikheid en opvoedkundige kwalifikasie**

Mast telling				
Opvoedk. Kwal.	N	Gem.	Std. Afw	Std. Fout
Graad 7 en laer	41	7.9	9.1	1.4
Graad 8 tot 11	87	5.4	7.8	0.8
Graad 12	61	2.9	4.1	0.5
Naskoolse kwal.	186	1.4	3.0	0.2
Totaal	375	3.3	5.9	0.3

**Tabel 4.27: Bonferroni toets: Alkoholafhanklikheid en opvoedkundige kwalifikasie**

(I) Opvoedkundige kwalifikasie	(J) Opvoedkundige kwalifikasie	Gem. Verskil (I-J)	Std. Fout	Bed.
Graad 7 en laer	Graad 8 tot 11	2.5	1.0	0.107
	Graad 12 *	4.9	1.1	0.000
	Naskoolse kwalifikasie *	6.4	1.0	0.000
Graad 8 tot 11	Graad 7 en laer	-2.5	1.0	0.107
	Graad 12	2.4	0.9	0.051
	Naskoolse kwalifikasie *	3.9	0.7	0.000
Graad 12	Graad 7 en laer *	-4.9	1.1	0.000
	Graad 8 tot 11	-2.4	0.9	0.051
	Naskoolse kwalifikasie	1.5	0.8	0.396
Naskoolse kwalifikasie	Graad 7 en laer *	-6.4	1.0	0.000
	Graad 8 tot 11 *	-3.9	0.7	0.000
	Graad 12	-1.5	0.8	0.396
*	*Die gem. Verskil is betekenisvol op die .05 vlak.			

In Tabel 4.27 kan gesien word watter van die opvoedkundige kategorieë betekenisvol van mekaar verskil. Graad 7 en laer verskil bv. betekenisvol van graad 12 en van diegene met 'n naskoolse kwalifikasie.

Wat individuele items van die *Mast* betref, het vyf persent van respondente positief gereageer op die vraag of hulle al by die werk probleme gekry het a.g.v. alkoholmisbruik. Drie persent het gesê dat hulle nie altyd in staat is om op te hou drink wanneer hulle wil nie. Elf persent het erken dat hulle drinkgewoontes al probleme veroorsaak het tussen hulle en

hulle eggenoot, 'n ouer of 'n naby familielid en vyf persent was al by 'n kliniek, dokter, maatskaplike werker of predikant vir emosionele hulp, waar drankmisbruik deel van die probleem was.

#### **4.10 Alkoholgebruik by die werk**

Vir hierdie afdeling moes respondente aandui hoe dikwels gedurende die voorafgaande drie maande hulle enige van vyf alkoholverwante probleme by die werk ondervind het. Antwoorde kon wissel van *nooit, maandeliks of minder, weekliks tot daagliks of feitlik daagliks*. Ses persent van respondente wat alkohol gebruik, het aangedui dat hulle gedurende die voorafgaande drie maande minstens een maal alkohol gebruik het voor werk. Ses persent het ook tydens werkure minstens een maal alkohol gebruik gedurende die voorafgaande drie maande en dieselfde persentasie het minstens een maal laat gekom vir werk a.g.v. alkoholgebruik gedurende dieselfde tydperk. Sewe persent was gedurende die tydperk minstens een maal afwesig van werk a.g.v. alkoholgebruik. Slegs twee persent het gesê dat daar geleenthede was gedurende die voorafgaande drie maande dat hulle nie hulle werk behoorlik kon doen nie, weens alkoholgebruik.

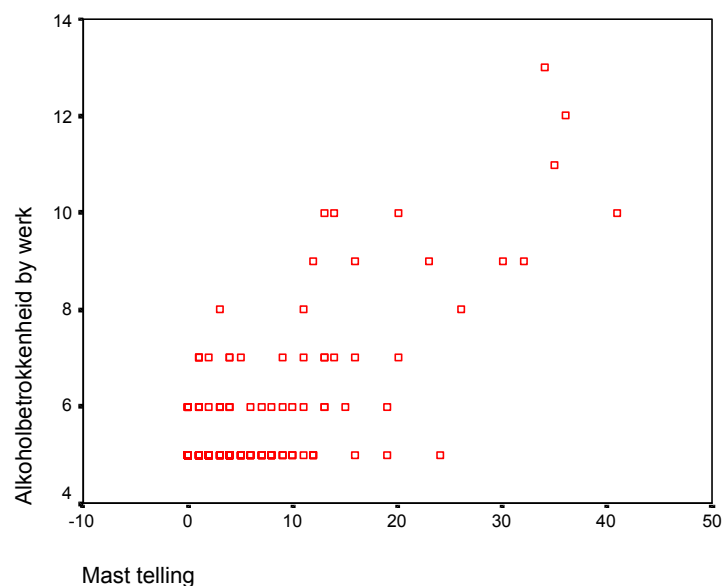
'n Nuwe veranderlike is bereken om te bepaal watter persentasie werknemers se werk gedurende die voorafgaande drie maande geraak is deur alkoholgebruik. Hiervoor is die totaal van die aantal insidente waar alkohol betrokke was voor of gedurende werksure bereken. Tellings tussen 5 en 20 kon op die skaal behaal word, waar 5 dui op geen probleme nie en 6 dui op minstens een probleem minstens een maal gedurende die voorafgaande drie maande. 'n Telling van 20 sou beteken dat die persoon daagliks of feitlik daagliks al vyf die probleme gedurende die voorafgaande drie maande sou ervaar het. Die inligting word in Tabel 4.28 vertoon.

**Tabel 4.28: Betrokkenheid van alkohol gedurende werksure**

Telling	N	%	Geldige %	Kumulatiewe %
5	317	84.1	85.0	85.0
6	27	7.2	7.2	92.2
7	14	3.7	3.8	96.0
8	3	.8	.8	96.8
9	5	1.3	1.3	98.1
10	4	1.1	1.1	99.2
11	1	.3	.3	99.5
12	1	.3	.3	99.7
13	1	.3	.3	100
<b>Subtotaal</b>	373	98.9	100	
Onbekend	4	1.1		
<b>Totaal</b>	377	100		

Dit blyk dat 14 % van respondente se werk gedurende die voorafgaande drie maande minstens een maal of meer deur alkoholgebruik geraak is.

Die verband tussen alkoholafhanklikheid (soos gemeet deur die *Mast*) en betrokkenheid van alkohol by die werk word grafies in Figuur 4.5 voorgestel. Dit blyk dat daar 'n positiewe verband is.

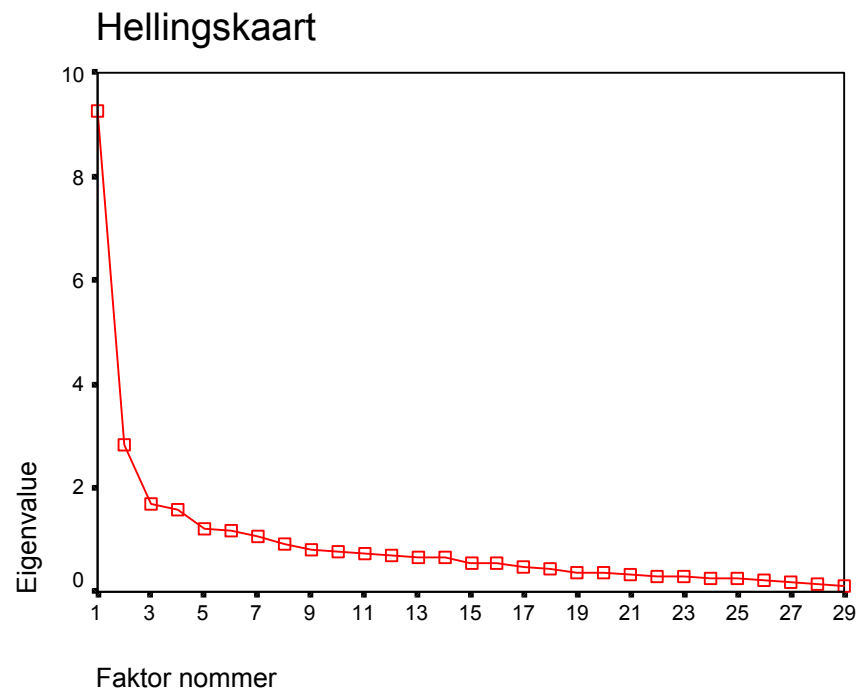


**Figuur 4.5: Verspreidingsdiagram van die verband tussen alkoholprobleme en alkoholbetrokkenheid by die werk**

'n Eenvoudige liniêre regressie is gedoen om die verband tussen alkoholafhanklikheid en alkoholbetrokkenheid by die werk te bepaal. Daar was 'n sterk positiewe verband ( $r=.745$ ,  $p<.000$ ). Ses-en-vyftig persent van die variansie in alkoholbetrokkenheid by die werk word verklaar deur alkoholafhanklikheid (Aangepaste  $R^2=.555$ ,  $p<.000$ ).

#### 4.11 Redes vir alkoholgebruik

Faktor analise is gebruik om die faktore te bepaal wat lei tot alkoholgebruik. Eerstens is 'n hoof komponente ontleding (*principal components analysis*) gedoen. Die aantal faktore is daarna volgens die hellingskaart (*scree plot*) bepaal (Foster1998). Uit Figuur 6 kan afgelei word dat drie faktore hoofsaaklik verantwoordelik is vir die variansie in die veranderlikes. 'n Eenvoudige faktor analise met 3 faktore is dus gedoen.



**Figuur 4.6 Hellingskaart van faktore wat bydra tot alkoholmisbruik**

Die faktormatriks word in Tabel 4.28 vertoon. Faktor 1 verwys na die ervaring van frustrasie as 'n oorsaak van alkoholgebruik. Die veranderlikes wat 'n hoë lading met hierdie faktor het, dui op die voorkoms van persoonlike probleme en negatiewe emosies as oorsake van alkoholmisbruik. Die volgende veranderlikes onderskryf faktor 1:

- Wanneer ek een drankie gedrink het, kan ek nie ophou nie (.6).
- Ek drink om te ontsnap aan 'n onaangename situasie (.6).
- Ek drink om my probleme te vergeet (.7).
- Ek drink omdat ek gefrustreerd is (.7).
- Ek drink omdat ek huweliksprobleme het (.7).
- Ek drink omdat ek probleme het met my kinders (.4).
- Ek drink omdat ek probleme het met behuising (.7).
- Ek drink omdat ek finansiële probleme het (.7).
- Ek drink wanneer ek hartseer voel (.4).
- 'n Drankie help my wanneer ek in 'n slegte bui is (.4).
- Ek drink as ek kwaad is (.5).
- Ek drink omdat ek verveeld is (.4).

Faktor 2 het 'n meer positiewe konnotasie en verwys meer na die **sosiale gebruik** van alkohol. Die veranderlikes wat hoë ladinge met hierdie faktor het is bv. drink om te ontsnap, om 'n goeie tyd te hê, as ek opgewonde of bly is, om makliker te kommunikeer, om sosiaal te verkeer en om meer selfvertroue te hê. Faktor 2 word deur die volgende veranderlikes beskryf:

- Ek drink om te ontspan (.6).
- Die meeste mense in my omgewing gebruik alkohol (.3).
- Alkoholgebruik word in my gemeenskap aanvaar (.3).
- Ek drink omdat dit 'n gewoonte is (.4).
- Ek drink omdat ek deel wil wees van 'n groep (.4).
- Ek drink om 'n goeie tyd te hê (.7).
- Ek drink wanneer ek hartseer voel (.3).
- 'n Drankie help my wanneer ek in 'n slegte bui is (.4).
- Ek drink as ek kwaad is (.3)
- Ek drink as ek baie opgewonde of bly is (.6).

- 'n Drankie help my om makliker te kommunikeer (.5).
- Ek kan nie nee sê as iemand my 'n drankie aanbied nie (.3).
- Ek kan makliker op my punte staan as ek 'n drankie geneem het (4).
- Ek drink omdat ek verveeld is (.5).
- Ek drink om sosiaal te verkeer (.5).
- Ek drink om my meer selfvertroue te gee (.5).
- Ek drink omdat ek hou van die smaak (.4).

Die derde faktor verwys weer meer na **fisiese afhanklikheid** as 'n oorsaak van alkoholgebruik ( bv. onttrekkingsimptome, regmaker). Die derde faktor hou verband met die volgende veranderlikes:

- Ek drink om onttrekking te vermy (.7).
- Ek het soggens 'n regmaker nodig (.6).
- Wanneer ek een drankie gedrink het, kan ek nie ophou nie (.3).
- Ek drink om my probleme te vergeet (.3).
- Ek drink omdat ek finansiële probleme het (.3).
- Ek drink omdat ek deel wil wees van 'n groep (.3).
- Ek kan nie nee sê as iemand my 'n drankie aanbied nie (.3).
- Ek sal liever drink as om 'n saak uit te praat met iemand van wie ek verskil (.4).



**Tabel 4.29: Faktormatriks van veranderlikes wat bydra tot alkoholgebruik**

	Faktor		
	1	2	3
Onttrekking vermy	0.06699793	0.1085005	<b>0.7987062</b>
Regmaker nodig	0.08271609	0.093128	<b>0.6330505</b>
Ophou na 1 drankie	<b>0.67821371</b>	0.2042706	0.377392
Ontsnap onaangename situasie	<b>0.6497611</b>	0.2705276	0.2137383
Probleme vergeet	<b>0.71521482</b>	0.2087985	0.3229998
Frustrasie	<b>0.72363028</b>	0.2644766	0.1390118
Ontspan	0.21932586	<b>0.6573184</b>	0.0531236
Huweliksprobleme	<b>0.77191887</b>	-0.085872	0.1210727
Probleme met kinders	<b>0.46151386</b>	0.0395964	-0.056342
Probleme met behuising	<b>0.76947215</b>	-0.095816	-0.047893
Finansiële probleme	<b>0.70515688</b>	0.2398722	0.3271295
Ouer alkoholprobleme	0.28405924	0.0878697	0.0040173
Meeste mense in omgewing drink	0.04683232	<b>0.3608329</b>	0.0952089
Gemeenskap aanvaar	-0.0261173	<b>0.3256278</b>	0.0425161
Gewoonte	0.33333372	<b>0.479444</b>	0.2375157
Deel van groep	0.22939827	<b>0.4066927</b>	0.3247204
Goeie tyd	0.1606715	<b>0.7146961</b>	0.1431015
Hartseer	<b>0.40918357</b>	0.3753196	0.1871198
Slegte bui	<b>0.45907195</b>	0.525197	0.2004588
Kwaad	<b>0.52984186</b>	0.3407151	0.2394386
Opgewonde	0.14282358	<b>0.6560761</b>	0.1564559
Kommunikeer makliker	0.15239491	<b>0.5753832</b>	0.2543972
Kan nie nee sê	0.18363782	<b>0.3245666</b>	0.315861
Kan makliker op punte staan	0.19325821	<b>0.4459439</b>	0.224858
Eerder drink as saak uitpraat	0.23728145	0.2939766	<b>0.4934525</b>
Verveeld	0.4009277	<b>0.436457</b>	0.2403103
Sosiaal verkeer	0.0945235	<b>0.5808067</b>	-0.040506
Selfvertroue	0.29026549	<b>0.5052495</b>	0.2621215
Hou van smaak	-0.04576485	<b>0.4523404</b>	0.0007029
Ekstraksie metode: Hoofas faktorisering. Rotasie metode: Varimax met Kaiser Normalisering. Variansie verklaar: 42%			

## 4.12 Fokusgroepbesprekings

Personeel in die 'algemene' beroepskategorie en nie professionele verpleegsters (stafverpleegsters en assistentverpleegsters) het die vraelyste in groepe voltooi. Daar is van die geleentheid gebruik gemaak om fokusgroepbesprekings te hou, nadat die groepadministrasie van vraelyste afgehandel is.

Die doel van die fokusgroepsbesprekings was om addisionele inligting tot die vraelyste te bekom oor werknemers se siening van alkoholmisbruik in die hospitaal en om hulle betrokkenheid by die projek te bevorder sodat hulle eienaarskap daarvan sou neem.

Daar het 43 groepbesprekings plaasgevind tussen 13.5.2003 en 28.8.2003. Driehonderd-drie-en-sestig werknemers is by die groepe betrek. Die bywoning het gewissel van 2 persone tot 25 persone met 'n gemiddelde bywoning van 8 persone per groep.

Die volgende vrae is in die groepe bespreek:

- Is alkoholmisbruik 'n probleem in die hospitaal?
- Watter faktore in die werksituasie dra by tot alkoholmisbruik?
- Wat kan in die hospitaal gedoen word om alkoholmisbruik te voorkom?
- Wat is u mening t.o.v. die matige alkoholgebruik, d.w.s. waar 'n man nie meer as drie drankies en 'n vrou nie meer as twee drankies per dag gebruik nie?

### 4.12.1 Is alkoholmisbruik 'n probleem in die hospitaal?

Die meeste groepe het eenstemmigheid daaroor gehad dat alkoholmisbruik 'n "groot" en "definitiewe" probleem in die hospitaal is. Slegs enkele persone (meestal verpleegsters) het aangedui dat hulle nie bewus was van alkoholmisbruik in hulle afdelings nie. Sommige groepe het gesê dat "dit elke dag gebeur dat mense ruik na alkohol". Sommige het ook gevoel dat daar baie mense in die hospitaal is met die probleem. Een groep het selfs gesê dat dit veral onder die laer range voorkom. Daar was melding gemaak van alkoholmisbruik tydens teetyd in 'n verpleegsterstehuis: "dis 'n nes"!

Die groepe het almal besorgdheid uitgespreek oor die effek van alkoholmisbruik in die hospitaal. Die gevoel was dat pasiëntesorg ly onder alkoholmisbruik van personeel. "Die werk vloei nie soos gewoonlik nie". "Mense wat onder die invloed is, is nalatig en onnet en dit is onregverdig teenoor pasiënte". Daar is ook melding gemaak daarvan dat mense wat

onder die invloed van alkohol is tydens werksure, onverdraagsaam en aggressief is teenoor kollegas en meerderes: “Hulle is slimmer as die res”. Die gevaar van beserings aan diens is genoem. ’n Verdere probleem wat geopper is, is dat mense wat alkohol misbruik, dikwels afwesig is van werk en dat dit veroorsaak dat hulle kollegas harder moet werk en onder meer stres verkeer. Mense wat alkohol misbruik, moet ook dikwels verlof sonder betaling neem, wat negatiewe gevolge vir hulleself inhou. Mense verloor hulle werk as gevolg van alkoholmisbruik en dit is as baie negatief beskou. Baie groepe het ook melding gemaak van die negatiewe beeld van die hospitaal wat oorgedra word aan pasiënte en die publiek indien werknemers alkohol misbruik. Dit gebeur veral ook in die openbare vervoerstelsel (taxi’s) dat mense, wat bekend is as werknemers van die hospitaal, ’n swak beeld skep.

#### **4.12.2 Watter faktore in die werksituasie dra by tot alkoholmisbruik?**

Verreweg die belangrikste faktor wat deur werknemers geïdentifiseer is, is die optrede van toesighouers. Sommige groepe het gevoel dat daar te min toesighouding is en dat toesighouers nie streng genoeg optree nie. Daar was baie sterk opinies hieroor en een groep het dit as die grootste enkele probleem i.t.v. alkoholmisbruik in die hospitaal beskryf: “daar is nog nooit opgetree teen iemand wat alkohol misbruik nie”. Daar is ook gevoel dat toesighouers “nie mense genoeg is” om die probleem aan te spreek nie en dat daar te lank gewag word voordat daar opgetree word. Die frustrasie was nie net met onmiddellike toesighouers nie, maar ook met die bestuur van die hospitaal wat nie dissiplinêre aksie instel nie. Daar is selfs gesê dat bestuur bang is vir die unies en dus nie optree nie.

’n Verdere tema was dat toesighouers nie ’n “manier van praat het” met werknemers nie. Werknemers word nie met respek behandel nie en wedersydse respek ontbreek. Werknemers word ook in die teenwoordigheid van ander persone aangespreek. ’n Ander klagte was dat toesighouers partydig is en nie alle werknemers eenders behandel nie. Hulle spreek ook te min waardering uit teenoor werknemers. Sommige werknemers staan reeds bekend as drinkers en daar word teen hulle gediskrimineer. ’n Groot probleem wat geopper is, is dat toesighouers nie konfidensialiteit handhaaf nie.

Verskeie groepe het melding gemaak daarvan dat bestuur meer belangstelling en ondersteuning aan werknemers moet toon. Gevoelens van moedeloosheid en minderwaardigheid is uitgespreek. Daar is gevoel dat werknemers in die laer range nie genoeg erkenning geniet nie en nie “deel voel van die res nie”. Daar is te min bevorderingsgeleenthede vir werknemers in die laer range. Konflik tussen kollegas onderling en die gebrek aan onderlinge ondersteuning sluit hierby aan.

'n Verdere belangrike faktor wat uitgelig is, is stres in die werksplek wat veral ontstaan a.g.v. werksdruk. Te min personeel is genoem as 'n oorsaak van werksdruk en stres. Aan die ander kant is ook gesê dat mense soms verveeld is tydens nagdiens of vir lang tye af is, wanneer hulle skofte werk.

Die feit dat alkohol maklik bekombaar is in die hospitaal, is ook genoem as 'n faktor wat bydra tot alkoholmisbruik. Sjebiens en drankwinkels is binne maklike bereik van die hospitaal en sekuriteit is nie streng genoeg nie sodat alkohol maklik in die werksplek ingebring kan word.

Alhoewel die vraag spesifiek gehandel het oor faktore in die werksplek wat bydra tot alkoholgebruik, het die meeste groepe tog genoem dat persoonlike probleme bydra tot alkoholmisbruik. Een groep het selfs gesê dat die werksituasie niks met alkoholmisbruik te doen het nie en dat persoonlike probleme die grootste oorsaak is. Finansiële probleme, skuld en 'n lae inkomste is spesifiek uitgesonder as belangrike bydraende faktore. Daar is gesê dat probleme nie opgelos word nie en verkeerd hanteer word. In plaas van probleme op te los, sal werknemers hulle dikwels wend tot alkohol.

Die feit dat alkoholmisbruik vir sommige mense reeds 'n gewoonte is en dat sommige reeds verslaaf is aan alkohol, is ook genoem. Ander het gevoel dat sommige werknemers "moedswillig" of "aspris" is.

#### **4.12.3 Wat kan in die hospitaal gedoen word om alkoholmisbruik te voorkom?**

Die belangrikste voorkomende aksie wat deur respondente geïdentifiseer is, is dat hulp aangebied moet word aan personele wat alkohol misbruik. Berading, verwysing na maatskaplike werkers, verwysing na behandelingsentra, en geestelike berading is voorgestel. Respondente het ook voorgestel dat lesings, werkswinkels, praatjies inligtingssessies en groepe oor alkoholmisbruik aangebied moet word. Daar is gesê dat werknemers gehelp moet word om onderliggende probleme te hanteer en finansiële probleme is beklemtoon. Een persoon het opgemerk dat "moneylenders die mense klaar maak". "Moneylenders" verwys na persone wat geld leen aan werknemers gedurende die maand wat dan aan die einde van die maand teen 'n hoë rentekoers verhaal word. Respondente het ook gevoel dat plakkate gebruik kan word in die stryd teen alkoholmisbruik. Een persoon het opgemerk dat alkohol soos rook hanteer moet word. "Daar moet alkoholvrye areas wees. Mense drink in die bus, maar rook nie".

Werknemers het ook gevoel dat daar beter beheer oor alkoholgebruik in die hospitaal moet wees. Sekuriteit moet opgeskerp word en alkohol moet nie in die hospitaal toegelaat word nie. Werknemers moet getoets word vir alkohol wanneer hulle die hospitaalgronde betree.

Toesighouers moet strenger optree en moet opgelei word om die probleem te hanteer. Mense word nie gedissiplineer as hulle werksprestasie deur alkoholmisbruik beïnvloed word nie. Daar is ook 'n behoefte uitgespreek aan beter werksverhoudinge. Kollegas moet mekaar ondersteun en die bestuur moet meer betrokke wees by werknemers.

Die idee van 'n gesonde werksomgewing het ook in baie groepe na vore gekom. "Daar moet 'n plek wees waar 'n mens kan gaan sit en ontspan". Daar is 'n behoefte aan ontspanningsgeriewe vir gebruik tydens etenstye. Die gedagte is ook uitgespreek dat sjebiens in die omgewing van die hospitaal gesluit moet word.

#### **4.12.4 Wat is u mening t.o.v. matige alkoholgebruik?**

Die meerderheid werknemers het gevoel dat matige alkoholgebruik nie aanvaarbaar is nie. Die redes wat aangevoer is, is eerstens die groot gevaar wat alkoholmisbruik inhou en die ernstige gevolge van alkoholmisbruik. Daar is gesê dat die kinders die meeste ly onder alkoholmisbruik en dat alkoholmisbruik lei tot prostitusie by kinders en tot verkragting. "Drank is 'n verwoester. Waar drank betrokke is, is moeilikheid". Die algemene gevoel was ook dat die meeste mense nie in staat is om matig te drink nie. "Ek het nog nooit 'n matige drinker gesien nie. Daar bestaan nie iets soos matige drink nie. As jy drink, drink jy". Sommige respondente het verskil van die algemene opinie oor matige alkoholgebruik. Daar is gesê dat geneeshere deesdae matige alkoholgebruik aanbeveel en dat dit volgens die Bybel ook aanvaarbaar is. Die argument is ook geopper dat 'n mens vir 'n strawwe drinker kan aanbeveel om minder te drink, maar dat jy nie kan sê dat hy moet ophou drink nie, want hy sal nie na jou luister nie. Die mening is ook uitgespreek dat alkoholgebruik 'n persoonlike saak is en dat nie almal in staat is om matig te drink nie.

### **13. Samevatting**

Die resultate van die opname oor die patrone van alkoholgebruik, die redes vir alkoholgebruik, werksfaktore wat bydra tot alkoholgebruik en werknemers se houdings t.o.v. alkohol is in hierdie hoofstuk beskryf. Alkoholgebruik word beskou as 'n groot probleem in die hospitaal. Volgens die *Michigan Alcoholism Screening Test* (Selzer 1971) was 9% van die studiegroep alkoholafhanklik. Dit is 'n hoë persentasie as in ag geneem word dat die

Mas afhanklike persone identifiseer en nie net persone met alkoholprobleme nie. Volgens Skinner (1990) kan 5% tot 7% van die bevolking gewoonlik as alkoholafhanklik geklassifiseer word. Nege-en-dertig persent van vroue wat alkohol gebruik drink drie drankies of meer per geleentheid. Dit is 15% van die totale studiegroep. Drie-en-veertig persent van mans wat alkohol gebruik, drink 5 of meer drankies per geleentheid en dit verteenwoordig 24% van die studiegroep. Hierdie persone se gebruik kan as riskant beskryf word (Van Heerden & Parry 2001).

Alhoewel meer professionele persone alkohol gebruik as werknemers van laer range, het lg. meer probleme met alkoholgebruik. Verreweg die meeste persone wat as alkoholafhanklik geïdentifiseer is, is algemene werkers. Programme om alkoholafhanklikheid te voorkom, moet dus konsentreer op hierdie beroepskategorie. Dit blyk dat die respondente sosiale omstandighede uitsonder as 'n belangrike oorsaak van alkoholgebruik. Die belangrike rol wat maatskaplike probleme in die ontwikkeling van alkoholprobleme speel, is een van die belangrikste bevindinge van die analise. Dit dui daarop dat 'n sosiale leerbenadering, deel moet uitmaak van die voorkomingsprogram. Die bevindinge herinner sterk aan Peele (1985, p.226) se opmerkings oor behandeling van alkoholafhanklikheid:

*Treatment will then succeed to the extent it:*

1. *enhances self-esteem and esteem-gathering opportunities*
2. *enhances the skills that enable people to control their situations and directs people to more manageable environments*
3. *enhances interpersonal skills and helps people become involved in more fruitful relationships*
4. *enhances work habits and encourages people to find manageable tasks and satisfying endeavors*
5. *increases people's tolerance for imperfection and discomfort while removing them from painful circumstances inimical to life.*

Peele (1985) redeneer dat mense verslaaf raak aan alkohol omdat daar nie aan hulle basiese behoeftes voldoen word nie. Hierdie basiese behoeftes beskryf hy as 'n sin vir eie-waarde, 'n gevoel van beheer oor die omgewing, intieme kontak met andere, die bereiking van waardevolle doelstellings en die uitskakeling van pyn of ander negatiewe gevoelens. Alkohol word dikwels gebruik as alternatief as daar nie in hierdie behoeftes voldoen word nie. Indien die persoon se eie persoonlikheidsreserwes en sy bronne versterk kan word, sal hy

dus nie alkohol nodig hê nie. Peele motiveer sy standpunt verder as volg: “The best hope for eliminating addiction is to enhance each individual's personal and situational resources; the single best means yet discovered for accomplishing this is for a person to grow up. This is why most adolescents and young adults leave drug abuse behind as they grow to feel better about themselves, see better paths toward real accomplishment, and learn to discriminate meaningful from insubstantial relationships” (Peele, 1985, p.226-227).

Voorts is die sosiale gebruik van alkohol ook dikwels 'n aanleidende oorsaak. Wat betref die sosiale gebruik van alkohol, kan die matige gebruik van alkohol moontlik in 'n voorkomingsprogram gepromoveer word. D.w.s. die boodskap moet oorgedra word dat indien alkohol wel gebruik word, dit matig gebruik moet word. Die bedoeling is nie om geheelonthouers aan te moedig om alkohol te gebruik nie, maar eerder om oormatige gebruik te voorkom. Onlangse navorsing toon ook aan dat die matige gebruik van alkohol voordele vir die gesondheid mag inhou. 'n Boodskap van die matige gebruik van alkohol is meer positief en sal waarskynlik meer positief ontvang word as 'n voorskriftelike verbod op die gebruik van alkohol. In Amerika lui die riglyn: “If you drink alcoholic beverages, do so in moderation, with meals, and when consumption does not put you or others at risk” (Van Heerden & Parry, 2001, S75). Die derde faktor dui daarop dat persone alkohol gebruik omdat hulle reeds verslaaf is daaraan. 'n Voorkomingsprogram kan dus nie in isolasie aangebied word nie, maar daar moet samewerking wees met die personeel-ondersteuningsprogram wat alreeds hulp verleen aan persone wat alkoholafhanklik is.

Vier werksfaktore is onderskei wat bydra tot alkoholgebruik:

- Kontrole oor werknemers
- Besikbaarheid van alkohol
- Sosiale druk om alkohol te gebruik
- Kwaliteit van werk waar veral stres 'n belangrike rol speel.

Die rol van toesighouers as 'n stressor in die werksplek, is veral in die fokusgroepbesprekings beklemtoon.

Die bevindinge van die probleemanalise het belangrike implikasies vir die ontwikkeling van 'n voorkomingsprogram. Agthonderd-en-vyftien vraelyste is verwerk en driehonderd-drie-en-sestig persone het deelgeneem aan fokusgroepbesprekings. Voldoende inligting is bekom om die program te baseer op die kenmerke van die teikengroep. Die bevindinge dui onder

meer aan dat alkoholmisbruik wel 'n substantiewe probleem in die hospitaal is wat produktiwiteit raak. Voorts verskaf die analise ook belangrike riglyne vir die inhoud van die program, bv. dat 'n sosiale leer benadering deel moet vorm van die program en dat die sosiale omgewings (ekologiese) benadering ook belangrik is en aandag moet geniet deur toesighoueropleiding en die hersiening van die substansmisbruikbeleid. Die analise dui ook daarop dat die grootste probleem onder algemene werkers voorkom en dat algemene werkers die teikengroep moet wees vir die program. Die resultate van die opname en fokusgroepbesprekings en die literatuurstudie is benut om 'n voorkomingsprogram te ontwikkel wat gegrond is op die spesifieke behoeftes van die teikengroep en op die literatuur. Die program word in die volgende hoofstuk beskryf.



## Hoofstuk 5

# ONTWIKKELING VAN DIE PROGRAMTEORIE, BESKRYWING VAN DIE PROGRAM EN METODO- LOGIE VIR DIE EVALUERING VAN DIE PROGRAM

### 5.1 Inleiding

'n Geïntegreerde benadering tot die ontwikkeling van programteorie (Chen, 1990; Riggin, 1990) is vir hierdie program gebruik. Dit behels dat die navorser nie net fokus op die rolspelers (werknemers, bestuur en werknemersverenigings) se konsep van die programteorie nie, maar ook sy/haar eie ervaring en wetenskaplike kennis gebruik om die programteorie te konstrueer. Daar is dus 'n deeglike studie gedoen oor die oorsake van alkoholmisbruik en oor die voorkoming van alkoholmisbruik in die werksplek. Verskillende benaderings tot alkoholmisbruikvoorkoming in die werksplek is bestudeer nl., die tradisionele benadering, die ekologiese benadering, die sisteembenadering, 'n gesonde lewenstylbenadering en die sosiale leer benadering. Na aanleiding van die navorsingsresultate is besluit om aspekte van die ekologiese benadering en veral die sosiale leerbenadering te gebruik vir die formulering van die program.

Die literatuurstudie is opgevolg met 'n opname by die werksplek oor die eienskappe en behoeftes van die teikengroep. Daar is veral ondersoek ingestel na die voorkoms van alkoholprobleme by werknemers, houdings teenoor matige alkoholgebruik, werksfaktore wat bydra tot alkoholmisbruik en die oorsake van alkoholmisbruik. Uit hierdie ondersoek het dit geblyk dat die belangrikste faktor wat werknemers se alkoholgebruik bepaal, die voorkoms van probleme in persoonlike funksionering is. Die tweede faktor wat 'n rol speel is die sosiale gebruik van alkohol. Die derde faktor dui daarop dat persone alkohol gebruik omdat hulle reeds verslaaf is daaraan. 'n Voorkomingsprogram kan dus nie in isolasie aangebied word nie, maar daar moet samewerking wees met die personeelondersteuningsprogram wat reeds hulp verleen aan persone wat alkoholafhanklik is.

Voorts is daar ook deur die opname 'n aantal werksfaktore bepaal wat bydra tot alkoholmisbruik. Vier werksfaktore is onderskei, nl.:

- Kontrole oor werknemers, wat veral insluit die dissiplinêre optrede teenoor persone wie se werk deur alkoholmisbruik geraak word en die kommunikasie van die hospitaal se reëls t.o.v. alkoholgebruik.

- Besikbaarheid van alkohol wat die fisiese beskikbaarheid sowel as kollegas se verdraagsaamheid teenoor misbruik insluit.
- Sosiale druk om alkohol te gebruik.
- Kwaliteit van werk waar veral stres 'n belangrike rol speel.

Op grond van die literatuurstudie en die opname is die program soos hieronder beskryf, ontwikkel.

## **5.2 Die doel van die program**

Die doel van die program is om die misbruik van alkohol deur werknemers en die gepaardgaande negatiewe gevolge van alkoholmisbruik te voorkom en te verminder, waar dit reeds voorkom. Sodoende kan afhanklikheid van alkohol ook voorkom word. Alkoholmisbruik het negatiewe konsekwensies vir die werknemer, bv. t.o.v. finansies, gesinsverhoudinge, gesondheid en werk. Alkoholmisbruik het ook konsekwensies vir die werkgewer t.o.v. swak werksbywoning, swak werksprestasie, konflik tussen werknemers, en werksongelukke.

Die doel van die program is ook om 'n program aan te bied wat gegrond is op 'n geldige programteorie en op die behoeftes van die teikengroep. Voorkomingsprogramme wat nie gebaseer is op wetenskaplike kennis nie, word dikwels in werksplekke aangebied en daar is geen gronde vir die aanname dat hierdie programme enige effek op die probleem sal hê nie. Dit is nie koste effektief om sodanige programme aan te bied nie (Holder, 1997). 'n Verdere leemte is dat programme wat wel aangebied word, nie geëvalueer word nie sodat daar nie voortgebou kan word op bestaande kennis nie. Die ontwikkeling en evaluering van die programteorie is dus 'n belangrike aspek van hierdie program.

Die spesifieke doelwitte van die program is:

- Om die psigososiale funksionering van werknemers te verbeter.
- Om beheersde en matige sosiale patrone van alkoholgebruik te vestig.
- Om 'n duidelike en omvattende alkoholbeleid vir die werksplek te formuleer en toe te pas.
- Om die beskikbaarheid van alkohol in die werksplek uit te skakel.

- Om werknemers op te lei om sosiale druk te hanteer en om sosiale druk deur kollegas in die werksplek te verminder.
- Om groter werksbevrediging by werknemers te bewerkstellig.

### **5.3 Teikengroep**

Uit die empiriese navorsing het geblyk dat die meeste persone wat as alkoholafhanklik geïdentifiseer is, algemene werkers is. Die meeste alkoholverwante werksprobleme kom ook by hierdie groep voor. Die program sal dus gemik wees op persone in die algemene kategorie. Hierdie kategorie sluit in ambagsmanne, aptekersassistenten, bodes, datatiksters, donkerkameroperators, drywers, faktotums, huishoudsters, hulpdiensbeamptes, kokke, linnegoedtoesighouers, operators, portiere, sekuriteitsbeamptes, skoonmakers/algemene assistente, telekomoperators, terreinwerkers, tiksters, voedseldienshulpe, voedseldienstoesighouers en voormanne.

### **5.4 Die ontwikkeling van die programteorie**

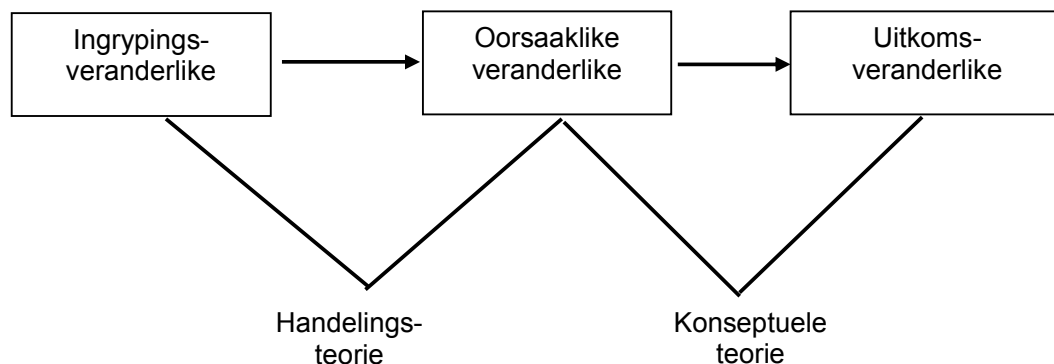
Die literatuurstudie het getoon dat die oorsake van alkoholmisbruik multifaktoriaal van aard is. Die studie wat in die werksplek onderneem is, het bevestig dat respondente verskillende oorsake vir die gebruik van alkohol identifiseer. Op grond van die literatuurstudie en die opname, word dus 'n program voorgestel wat die probleem op verskillende vlakke aanspreek. Aangesien die program uit verskillende onafhanklike komponente bestaan, kan 'n programteorie vir elke afsonderlik komponent ontwikkel word:

Die belangrikste rede wat aangevoer word vir die misbruik van alkohol, is die voorkoms van probleme in psigososiale funksionering by die teikengroep. Hierdie probleme sluit in: drink om probleme te vergeet, om te ontsnap aan 'n onaangename situasie, omdat die persoon gefrustreerd is, huweliksprobleme het, probleme met kinders ervaar, probleme met behuising- of finansiële probleme het. Interpersoonlike probleme en omgewingsfaktore dra dus grootliks by tot alkoholmisbruik. Probleme met persoonlike funksionering kan hanteer word deur die negatiewe omgewingsfaktore uit die weg te ruim of deur werknemers se lewensvaardighede en sosiale ondersteuning te verbeter (Bandura, 1969; Pearlin & Radabaugh 1976; Bandura, 1977; Kline & Snow, 1994; Snow & Kline, 1995). Ingryping op die vlak van omgewingsverandering is noodsaaklik en daar moet met ander sisteme saamgewerk word om werknemers se lewensomstandighede te verbeter. Dit is egter 'n moeilike en langdurige proses en die verbetering van persoonlike vaardighede en sosiale ondersteuning kan mense in staat stel om hulle eie omstandighede te verbeter. Die eerste

komponent van die program behels dus die verbetering van die psigososiale funksionering van werknemers deur die aanbod van 'n lewensvaardighede program. Die programteorie vir hierdie aspek van die program kan soos volg geformuleer word:

**Indien werknemers lewensvaardighede opleiding ontvang, sal dit hulle psigososiale funksionering en sosiale ondersteuning verbeter. Beter psigososiale funksionering sal lei tot minder frustrasie en dit sal lei tot 'n vermindering in alkoholmisbruik.**

Bogenoemde programteorie beskryf die impakteorie van die program. Hiervolgens het die ingrypingsveranderlikes (*treatment variables*) nl. die lewensvaardighede opleiding 'n effek op die tussenkomende veranderlikes (*intervening variables*) , nl. beter psigososiale funksionering en sosiale ondersteuning en minder frustrasie en die tussenkomende veranderlikes het weer 'n invloed op die resultaat, nl. minder alkoholgebruik. Chen (1990, p. 199) beskryf die verandering wat deur die implementeringsveranderlike op die tussenkomende veranderlike (Chen noem dit die oorsaaklike veranderlike), veroorsaak word, as die handelings-teorie. Die verandering wat die tussenkomende veranderlike op die resultaat het, word as die konseptuele teorie beskryf. Figuur 5.1 maak Chen se teorie duidelik.



**Figuur 5.1 Chen se handelings-teorie en konseptuele teorie**

Volgens Chen (1990, p. 199) is die verskil tussen evalueringsnavorsing en basiese navorsing dat beide die handelings-teorie en die konseptuele teorie in evalueringsnavorsing getoets word. Dit bring mee dat daar in die evaluering bepaal kan word of die handelings-teorie suksesvol was, bv. in die geval van die alkoholmisbruiksvoorkomingsprogram kan bepaal word of die lewensvaardighede opleiding wel bygedra het tot beter psigososiale funksionering, beter sosiale ondersteuning en minder frustrasie. Voorts kan ook bepaal word

of die konseptuele teorie suksesvol was, bv. het beter psigososiale funksionering, beter ondersteuning en minder frustrasie gelei tot 'n vermindering in alkoholmisbruik. Op hierdie wyse word daar nie net 'n sg. *Black box* evaluering gedoen nie, maar is daar meer inligting beskikbaar oor die sukses van die program.

Die tweede faktor wat 'n rol speel in die misbruik van alkohol, is die probleem dat die sosiale gebruik van alkohol dikwels lei tot die misbruik van alkohol. Dit blyk dat daar by die teikengroep 'n "alles of niks"-houding bestaan ten opsigte van alkoholgebruik, m.a.w. lede van die teikengroep is of geheelonthouers of hulle misbruik alkohol. 'n Kultuur van matige gebruik bestaan nie. In hierdie geval kan die programteorie soos volg geformuleer word:

**Indien die teikengroep inligting kan ontvang t.o.v. die matige gebruik van alkohol en indien hulle vaardighede kan aanleer t.o.v. matige alkoholgebruik, sal dit lei tot 'n veranderde kultuur t.o.v. die misbruik van alkohol en tot die vermindering van die misbruik van alkohol.**

Soos in die eerste faktor, nl. die psigososiale funksionering van werknemers, kan die implementeringsveranderlikes (werkswinkel en inligting) in hierdie geval ook lei tot 'n tussenkomende veranderlike (veranderde kultuur) en uiteindelik tot die uitkomsveranderlike, naamlik die vermindering van alkoholmisbruik.

Die derde faktor wat geïdentifiseer is, is dat werknemers alkohol misbruik omdat hulle reeds verslaaf is aan alkohol. In hierdie geval moet werknemers verwys word na die Personeelondersteuningseenheid van die hospitaal vir behandeling. Aangesien hier reeds sprake is van behandeling en nie meer van voorkoming nie, maak die hulp aan afhanklike persone nie deel uit van die voorkomingsprogram nie en sal dit nie as deel van die voorkomingsprogram bespreek en geëvalueer word nie. Daar moet egter samewerking bestaan tussen die Personeelondersteuningseenheid en die aanbieders van die voorkomingsprogram aangesien daar belangrike raakpunte is, bv. wat betref die opleiding van toesighouers, wat later in die program bespreek sal word.

Benewens bg. faktore wat geïdentifiseer is as oorsaaklike faktore in die misbruik van alkohol, is daar ook 'n aantal werksfaktore geïdentifiseer wat bydra tot alkoholmisbruik.

In die eerste plek, is die reëls t.o.v. alkoholgebruik nie altyd duidelik nie en word dit nie eenvormig toegepas nie. Voorts is alkohol beskikbaar in of naby die werksplek en ondervind werknemers soms druk van kollegas om alkohol te gebruik. Hierdie probleme kan almal

aangespreek word deur die formulering en implementering van 'n alkoholbeleid vir die werksplek. Alhoewel daar reeds 'n alkoholbeleid bestaan in die hospitaal, is die beleid reeds in 1995 opgestel en sedertdien nie hersien nie. Daar bestaan leemtes in die beleid. Die beleid maak bv. nie voorsiening vir voorkomingsaksies en hulpverlening aan afhanklike persone nie. Die proses van hersiening van die alkoholbeleid is net so belangrik soos die eindproduk, aangesien alle rolspelers (bestuur, werknemers, werknemersverenigings, toesighouers) betrek behoort te word by die hersiening van die alkoholbeleid en daar sodoende 'n gees van samewerking en eienaarskap t.o.v. die beleid geskep kan word. Dit kan lei tot 'n verandering in die werkskultuur t.o.v. alkoholmisbruik. Die programteorie t.o.v. hierdie deel van die program, kan soos volg beskryf word:

**Indien die alkoholbeleid van die hospitaal hersien word, in samewerking met al die rolspelers en indien die beleid aan alle werknemers bekend gestel word en indien toesighouers opleiding ontvang in die toepassing van die beleid en die beleid konsekwent toegepas word en indien werknemers opgelei word in assertiwiteit gedurende die lewensvaardighede opleiding, sal dit lei tot 'n alkoholvrye werksplek en sal 'n kultuur ontstaan dat alkoholgebruik in die werksplek nie aanvaarbaar is nie.**

Die implementeringsveranderlikes kan gesien word as die hersiening van die alkoholbeleid, die opleiding van toesighouers, die bekendstelling van die beleid aan werknemers en die assertiwiteitsopleiding. Die tussenkomende veranderlikes sal 'n veranderde kultuur t.o.v. alkoholgebruik in die werksplek wees, sowel as die konsekwente toepassing van die reëls en 'n werksplek waar alkohol nie beskikbaar is nie. Werknemers sal ook in staat wees om sosiale druk om alkohol te gebruik te weerstaan. Die uitkomsveranderlike sal die vermindering in die misbruik van alkohol wees.

'n Verdere werksfaktor wat lei tot die misbruik van alkohol, is frustrasies wat in die werksplek bestaan a.g.v. werksomstandighede. In hierdie verband speel veranderlikes soos werkstres, te veel werk, vervelige werk en onbetrokkenheid by werk 'n rol. In die fokusgroepbesprekings is die rol van toesighouers ook beklemtoon, bv. dat toesighouers 'nie 'n manier van praat het' met werknemers nie en onregverdig optree. Die alkoholvoorkomingsprogram behoort dus voorsiening te maak vir die opleiding van toesighouers ten einde die werksbevrediging van werknemers te verhoog. Weens beperkinge t.o.v. uitvoerbaarheid van toesighouersopleiding, is gefokus op opleiding in die hantering van probleemwerkers en nie op algemene bestuursvaardighede nie. Die programteorie kan soos volg geformuleer word:

**Indien toesighouers opgelei word in die hantering van probleemwerkers sal dit lei tot beter menseverhoudinge en minder frustrasie by werknemers. 'n Afname in frustrasie sal weer lei tot minder alkoholmisbruik.**

In hierdie geval is die implementeringsveranderlike die opleiding van toesighouers, terwyl die tussenkomende veranderlikes beter menseverhoudinge is. Die uitkomsveranderlike is vermindering in die misbruik van alkohol.

Al die elemente van die program is belangrik en interafhanklik. Dit word nie verwag dat die implementering van een van die elemente op sigself 'n betekenisvolle effek op die uitkoms van die program, nl. vermindering in die misbruik van alkohol sal hê nie. Dit word eerder verwag dat die verskillende elemente 'n kumulatiewe effek sal hê wat sal lei tot die vermindering van alkoholmisbruik. In terme van Pawson en Tilley (1997) se benadering van realistiese evaluering, nl. dat die inwerkstelling van 'n *meganisme* sal lei tot 'n sekere *resultaat* binne 'n bepaalde *konteks* kan 'n omvattende programteorie wel moontlik soos volg geformuleer word:

**Lewensvaardighede opleiding sal lei tot 'n vermindering in frustrasie en gevolglik die vermindering in die misbruik van alkohol binne 'n gunstige werksomgewing.**

Volgens bg. programteorie is die *meganisme* van verandering die vermindering in die frustrasie wat werknemers beleef a.g.v. hulle psigososiale omstandighede en funksionering. Die hipotese is dus dat dit veral die frustrasie is wat lei tot alkoholmisbruik. Die *konteks* waarbinne die verandering moet plaasvind sluit dus 'n alkoholvrye werksplek in waar die reëls t.o.v. alkohol bekend is en effektief toegepas word, waar 'n kultuur bestaan dat alkoholgebruik nie aanvaarbaar is in die werksplek nie en waar werknemers werksbevrediging ervaar binne 'n gunstige werksomgewing. Volgens Pawson en Tilley (1997) geld die formule: *meganisme*+*konteks*=*resultaat*. Indien die lewensvaardighede-opleiding dus geskied binne 'n gunstige werksomgewing, soos hierbo uiteengesit, behoort dit te lei tot 'n vermindering in die misbruik van alkohol.

## **5.5 Die intervensie**

Die intervensie het bestaan uit die aanbieding van 'n lewensvaardighede program, die hersiening van die alkoholbeleid van die hospitaal en die opleiding van toesighouers. Die oordra van inligting i.v.m. die alkoholbeleid aan die personeel en die verspreiding van

pamflette en plakkate i.v.m. verantwoordelike alkoholverbruik vorm deel van die intervensie. Ten tyde van die evaluering was die laaste twee aktiwiteite nog nie geïmplementeer nie.

### **5.5.1 Die lewensvaardighede program**

Die doel van die lewensvaardighede program was om werknemers se vaardighede om hulle lewensomstandighede en probleme te hanteer, te verbeter en om hulle in staat te stel om hulle ondersteuningstelsels te versterk.

Die metode van leer wat gebruik is, is gegrond op die gestruktureerde leerbenadering (Goldstein, Gershaw, & Sprafkin, 1985; Gazda, & Brooks, 1985). Die gewenste vaardigheid word bekendgestel en gemodelleer, waarna dit ingeoefen word deur rollespel. Na die rollespel word terugvoer gegee oor die korrekte gebruik van die tegniek. Groeplede help mekaar om die nuwe tegniek in te oefen en te bemeester. Die nuwe vaardigheid moet dan oorgedra word na die werklike lewensomstandighede van die leerder deur "huiswerk". Dit behels dat die tegniek tuis geoefen moet word en dat die groepslid terugrapporteer oor die gebruik van die tegniek.

Die lewensvaardighede program is aan die algemene werkerskorps van die hospitaal aangebied. Die algemene werkers sluit in die huishoudelike personeel, skoonmaakdienste, portiere, terreinwerkers, kombuispersoneel, operateurs, ingenieurshulpe, sekuriteitspersoneel en magasynwerkers. Die besluit om die program aan hierdie groep werknemers aan te bied, is geneem omdat dit uit die opname geblyk het dat dit die groep is met die grootste probleem t.o.v. alkoholgebruik.

Daar is in die aanbiedings gebruik gemaak van kort lesings, videovertonings, groepbesprekings, rollespele en pen-en-papier oefeninge. 'n Video is spesiaal vervaardig om sekere vaardighede te illustreer en as leerervaring te dien. Aanbieders het gereeld vergader om te verseker dat die program op 'n uniforme wyse aangebied word. Die inhoud van die sessies vir die verskillende fases was dieselfde.

Die volgende onderwerpe is behandel:

- Bekendstelling en Persoonlike doelwitbepaling
- Kommunikasie
- Konflikhantering
- Finansiële beplanning



- Gesonde lewenstyl
- Ouerleiding
- Probleemoplossing
- Streshantering.

### **5.5.2 Hersiening van die alkoholbeleid**

Alle groot organisasies behoort 'n alkoholbeleid te hê wat die organisasie se houding teenoor 'n alkoholvrye werksplek uiteensit en regulasies t.o.v. dissiplinering en hulpverlening bekend maak. Die beleid moet deur onderhandeling tussen bestuur en werknemersverenigings tot stand kom. Die groot waarde van die skryf van die alkoholbeleid lê daarin dat daar onderhandel word oor die beleid en dat dit die kultuur van die organisasie t.o.v. alkoholgebruik positief kan beïnvloed. Daar bestaan reeds 'n alkoholbeleid in die hospitaal, maar die beleid is reeds in 1995 opgestel en dit was nodig om die beleid te hersien. Die alkoholbeleid behoort die volgende aspekte te dek (Albertyn & McCann, 1993; Parry & Bennetts, 1998).

- 'n Breë omskrywing van die bedoeling met en beginsels van die alkoholbeleid
- Identifisering van alkoholprobleme
- Assessering en intervensie
- Toetsing vir alkohol- en dwelmmiddels
- Reëls t.o.v. alkoholgebruik
- Dissiplinêre optrede
- Voorkoming en opleiding.

Die substansmisbruikbeleid is hersien gedurende 2006 deur 'n komitee wat saamgestel is uit die verteenwoordigers van die dept. Maatskaplike Werk, die dept. Menslike Hulpbronne, die Transformasie komitee, die Beroepsgesondheid-en-Veiligheidskomitee en vakbonde. Weens vertraging in die goedkeuring van die substansmisbruikbeleid, is die beleid nie aan werknemers bekend gestel, soos beplan is nie.

### **5.5.3 Opleiding van toesighouers i.v.m. die hantering van werknemers**

Toesighouers benodig bestuursvaardighede t.o.v. die hantering van probleemwerkers en die handhawing van goeie verhoudinge. Ses-en-tagtig toesighouers is opgelei vanaf 20 Junie

tot 5 Julie 2006. Ses sessies is aangebied en bywoning het gewissel van 10 tot 18 werknemers. Die volgende aspekte is in die opleiding gedek:

- die identifisering van werksprobleme
- die insameling van die tersaaklike feite
- onderhoudvoering met die werknemer
- die stel van die probleem
- die verkryging van die werknemer se respons op die probleemstelling
- die opstel van 'n aksieplan saam met die werknemer
- opvolgaksies.

Hierbenewens is die toesighouers ook spesifiek opgelei in die identifisering en hantering van alkoholverwante werksprobleme. Die opleiding is in een sessie wat twee uur lank geduur het, aangebied.

#### **5.5.4 Pamflette en plakkate i.v.m. matige alkoholgebruik**

Pamflette en plakkate wat inligting i.v.m. die matige gebruik van alkohol weergee is ontwerp, maar is nie vertoon nie aangesien toestemming daarvoor nie van die bestuur van die hospitaal verkry kon word nie.

#### **5.6 Logiese model vir die alkoholmisbruikvoorkomingsprogram**

Ten einde 'n logiese uiteensetting te gee van die verloop van die program is die model wat in Tabel 5.1 en Tabel 5.2 weergegee word, ontwikkel. Die model lees van links na regs en tabuleer die verskillende probleme wat aanleiding gee tot alkoholmisbruik, wat die doelwitte ten opsigte van elke probleem is, watter aktiwiteite beplan is en wat die uitkomst is.

**Tabel 5.1 Logiese model vir 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram**

<b><u>PROBLEEM</u></b>	<b>DOELWITTE</b>	<b>AKTIWITEITE</b>	<b>ONMIDDELLIKE UITKOMSTE</b>
1. Gebrekkige psigososiale funksionering en sosiale ondersteuning.	1. Om die psigososiale funksionering van werknemers te verbeter.	1. Lei werknemers in die volgende lewensvaardighede op: Persoonlike doelwitbepaling en motivering. Kommunikasie. Konflikhantering. Gesonde lewenstyl. Finansiële beplanning. Probleemoplossing. Ouerleiding. Streshantering.	1. Vaardigheid in: Persoonlike doelwitbepaling en motivering. Kommunikasie. Konflikhantering. Gesonde lewenstyl. Finansiële beplanning. Probleemoplossing. Ouerleiding. Streshantering.
2. Onbeheersde sosiale gebruik van alkohol.	2. Om beheersde en matige sosiale patrone van alkoholgebruik te vestig.	2.1 Bied werksinkels aan oor matige gebruik van alkohol as deel van lewensvaardighede program. 2.2 Versprei pamflette en plakkate in die werksplek oor matige gebruik van alkohol.	2.1 Kennis van matige alkoholgebruik. 2.2 Matige alkoholgebruik meer aanvaarbaar.
3. Gebrek aan 'n duidelike alkoholbeleid vir die werksplek en gevolglik gebrekkige kontrole en dissiplinêre optrede.	3. Om 'n duidelike en omvattende alkoholbeleid vir die werksplek te formuleer en toe te pas.	3.1 Formuleer 'n nuwe alkoholbeleid in samewerking met alle rolspelers, bv. bestuur en werknemersverenigings. 3.2 Stel nuwe alkoholbeleid bekend aan werknemers d.m.v. voorligtingssessies. 3.3 Lei toesighouers op in die hantering van probleemwerkers.	3.1 Alkoholbeleid is beskikbaar. 3.2 Werknemers is bekend met die beleid. 3.3 Toesighouers beskik oor kennis en vaardighede om beleid toe te pas.

<b><u>PROBLEEM</u></b>	<b>DOELWITTE</b>	<b>AKTIWITEITE</b>	<b>ONMIDDELLIKE UITKOMSTE</b>
4. Die beskikbaarheid van alkohol in of naby die werksplek.	4. Om die beskikbaarheid van alkohol in die werksplek uit te skakel.	4.1 Formuleer duidelike reëls in die alkoholbeleid t.o.v. die besit en gebruik van alkohol in die werksplek.  4.2 Pas die voorgeskrewe reëls konsekwent toe.	4. Toesighouers tree streng op teenoor persone wat alkohol besit of gebruik tydens werksure.
5. Die sosiale druk van kollegas om alkohol in die werksplek te gebruik.	5.1 Om werknemers op te lei om sosiale druk te hanteer.  5.2 Om sosiale druk deur kollegas in die werksplek te verminder.	5.1 Lei werknemers op in assertiwiteit tydens lewensvaardighede opleiding.  5.2 Formuleer die alkoholbeleid sodanig dat dit 'n alkoholvrye werksplek verseker.	5.1 Werknemers is toegerus om sosiale druk te weerstaan.  5.2 Kollegas oefen minder druk uit om alkohol te gebruik.

**Tabel 5.2      Uitgebreide logiese model vir 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram.**

INTERMEDIÊRE UITKOMSTE	INDIKATORE	METODES VAN DATA-INSAMELING
1. Verbeterde psigososiale funksionering en sosiale ondersteuning.	1. Bereikingsgerigtheid. Tevredenheid. Verwagting. Frustrasie. Spanning. Ontnugtering. Selfbeeld. Interpersoonlike verhoudings.	Gestandaardiseerde vraelys. Vraelys met 'oop' vrae.
2. Beheersde en matige sosiale gebruik van alkohol.	2.1. Kennis van matige alkoholgebruik. 2.2. Aanvaarbaarheid van matige alkoholgebruik.	2.1. Vraelys. 2.2. Vraelys .
3. Goeie kontrole en dissiplinêre optrede.	3.1. Die bestaan van die alkoholbeleid. 3.2. Kennis van beleid. 3.3. Toesighouers beskik oor kennis en vertroue om probleemwerkers te hanteer.	3.1. Waarneming. 3.2. Nog nie getoets. 3.3 Vraelys 2.
4. Alkoholvrye werksplek.	4.1. Werknemers rapporteer oor beskikbaarheid van alkohol. 4.2. Toesighouers rapporteer oor aantal alkoholverwante probleme wat hulle hanteer oor 'n sekere tydperk.	4.1.Nog nie getoets. 4.2.Nog nie getoets.
5. 'n Kultuur ontstaan dat alkoholgebruik in die werksplek nie aanvaarbaar is nie.	5.1 Assertiwiteit. 5.2 Werknemers rapporteer oor uitnodigings om alkohol te gebruik.	5.1 Vraelys met oop vrae. 5.2 Nog nie getoets.

## 5.7 Evaluering van die lewensvaardighede program

Die lewensvaardighede program is aan die hand van 'n eksperimentele ontwerp getoets. Daar is ook gebruik gemaak van kwalitatiewe metodes in die evaluering deurdat groeplede na elke sessie oop vrae moes beantwoord oor hulle ervaring van die program. Vir die evaluering van die lewensvaardighede program is gebruik gemaak van 'n voortoets natoets eksperimentele model (Campbell & Stanley, 1963) volgens die volgende voorstelling:

$$\begin{array}{ccccc} RO_1 & & X & & O_2 \\ & & & & \\ RO_3 & & & & O_4 \end{array}$$

waar R verwys na die toevallige toewysing van werknemers aan 'n eksperimentele groep en kontrole groep, O verwys na die meting en X verwys na die intervensie, nl. die lewensvaardighede program. In hierdie afdeling sal die meetinstrument, die verloop van die eksperiment en bedreigings vir die geldigheid van die eksperiment bespreek word.

### 5.7.1 Die meetinstrument

Die meetinstrument het bestaan uit 'n vraelys wat saamgestel is uit twee afdelings. Die vraelys is met die aanvang van die lewensvaardighede opleiding en direk na afloop van die program geadministreer.

**Afdeling A** van die vraelys bestaan uit die *Comprehensive Personal Functioning Inventory*, kortliks die CPFI genoem ([www.perspektief.co.za](http://www.perspektief.co.za)). Die CPFI is 'n pen-en-papier toets wat psigososiale funksionering meet aan die hand van die volgende konstrukte:

- Bereikingsgerigtheid
- Tevredenheid
- Verwagting
- Frustrasie
- Spanning
- Ontnugtering

Elke konstruk word deur twee subskale gemeet, die een skaal word 'n innerlike interaksie skaal genoem en handel oor die persoon se belewenis van die bepaalde konstruk, terwyl die ander 'n gedragskaal genoem word en meer fokus op die persoon se gedrag met betrekking tot die konstruk. Voorts meet die skaal ook die persoon se selfpersepsie en interpersoonlike verhoudinge. Die selfpersepsie skaal bestaan uit drie subskale, terwyl die verhoudingskaal uit ses subskale bestaan. Die betekenis van die onderskeie subskale word vervolgens bespreek (Faul & Hanekom, 2002):

- **Psigososiale funksionering (positief)**

*Bereikingsgerigtheid (Innerlike interaksieskaal):* Verwys na die respondent se innerlike belewenis van sy behoeftes en potensiaal. Die gevoel van effektiwiteit, doelgerigtheid, strewe na sukses, motivering en entoesiasme word deur hierdie skaal gemeet.

*Bereikingsgerigtheid (Gedragskaal):* Meet die respondent se strewe om sy doelwitte te verwesenlik. Gedrag wat gemeet word sluit in die bemeestering van take wat gerig is op selfverbetering en die verbetering van prestasie. Items wat belangrik is, is die vermoë om te organiseer, om take af te handel, om met selfvertroue op te tree en om te verbeter op vorige pogings.

*Tevredenheid (innerlike Interaksieskaal):* Verwys na die respondent se tevredenheid met sy eie lewe. Die beoordeling sentreer rondom die persoon se kognitiewe en affektiewe belewenis en hou nie noodwendig verband met die objektiewe werklikheid nie. Dit sluit die persoon se belewenis van vreugde, vriendelikheid en vrede in en reflekteer die persoon se unieke interaksie met sy omgewing.

*Tevredenheid (gedragskaal):* Die skaal meet die individu se vertolking van die gevoelens van tevredenheid wat hy ervaar. Dit sluit in die positiewe gebruik van vrye tyd, die gebruik van humor, goeie interaksie met ander persone en om plesier in die lewe te vind op 'n verantwoordelike wyse. Dit sluit in dat die respondent 'n gebalanseerde lewe leef en balans vind tussen werk en plesier.

*Verwagting (Innerlike interaksieskaal):* Die innerlike ervaring van verwagting is die positiewe oriëntasie van die respondent tot sy toekoms. Dit behels gevoelens van hoop en die kognitiewe belewenis van optimisme. Die persoon wat presteer op hierdie skaal sien uit na die toekoms en glo dat sukses moontlik is.

*Verwagting (Gedragskaal):* Gedrag wat "verwagting" weerspieël sluit in om oplossings te skep in moeilike situasies, om kalm op te tree, om ander te ondersteun en te beskerm en om ander aan te moedig.

- **Psigososiale funksionering (negatief)**

*Frustrasie (Innerlike interaksieskaal):* Die belewenis van frustrasie verwys na gevoelens van ontevredenheid. Die gevoelens ontstaan as gevolg van vroeëre

mislukkings as gevolg van probleme in die persoon of in die omgewing. Gevoelens sluit woede, frustrasie, irritasie, ongeduld, verbittering en suspisie in.

*Frustrasie (Gedragskaal):* Negatiewe gedrag kom tot uiting in die behoefte om ander te na te kom, om ander se gevoelens seer te maak, om te kritiseer en betrokke te raak in argumente.

*Spanning (Innerlike interaksieskaal):* Gevoelens van spanning behels dat die respondent ervaar dat hy/sy nie meer positief kan reageer op die eise wat die omgewing stel nie. Die persoon ervaar gevoelens van senuweeagtigheid, paniek, bekommernis, moegheid en oorlading.

*Spanning (Gedragskaal):* Die persoon se belewenis van spanning kom in gedrag na vore wat behels dat die persoon onseker optree, buierig is, paniekerig en angstig voorkom. Spanning kan ook na vore kom in fisiese simptome, soos hoofpyne, spierpyne en slaaploosheid.

*Hulpeloosheid (Innerlike interaksieskaal):* Hulpeloosheid verwys na die persoon se gevoel dat hy/sy geen beheer het oor sy/haar omstandighede nie. Gevoelens van negatiwiteit, doelloosheid, verwerping, eensaamheid en betekenisloosheid is deel van die persoon se ervaring.

*Hulpeloosheid (Gedragskaal):* Verwys na die disintegrasie van doelgerigte gedrag en 'n gebrek aan positiewe lewensvaardighede. Spesifieke gedrag behels dat die persoon nie meer lag nie, maklik tou opgooi, ander mense vermy, die lewe vanuit 'n negatiewe perspektief benader en 'n neerdrukkende atmosfeer skep.

- **Selfpersepsie**

*Innerlike onsekerheid:* Innerlike onsekerheid is die ervaring van die individu dat hy/sy bang is om emosioneel seer te kry, dat hy/sy verwerp sal word of dat hy/sy sal misluk. So 'n persoon ervaar dat hy/sy nie op sy/haar eie vaardighede kan staatmaak nie, dat sy/haar omstandighede geen sekuriteit bied nie en dat sy/haar toekoms onseker is.

*Skuldgevoelens:* Skuldgevoelens sentreer rondom die persoon se persepsie dat hy/sy nie sy/haar lewe op 'n verantwoordelike wyse kan bestuur nie. Die persoon aanvaar skuld vir alles wat verkeerd loop, voel gedurig dat hy/sy straf verdien en kan homself/haarself nie vergewe vir foute wat hy/sy begaan nie.



*Gebrek aan selfwaarde:* Die individu se persepsie is dat hy /sy 'n onbelangrike persoon is en niks beteken vir ander nie. So 'n persoon voel dat hy/sy niks werd is nie, nie spesiaal is nie en nie waardig is om met respek behandel te word nie.

- **Persoonlike verhoudings**

*Verhouding met vriende:* Die skaal meet die ervaring wat die persoon het in sy/haar verhouding met sy/haar vriende. Dit meet aspekte soos die vertroue en respek wat die persoon in sy/haar vriende het, die ondersteuning wat die persoon van sy/haar vriende kry en die invloed wat vriende op hom/haar het.

*Verhouding met familie:* Die persoon se gevoelens dat sy/haar familie 'n gelukkige familie is wat probleme uitsorteer, wat effektief kommunikeer en wat duidelike grense stel, word deur hierdie subskaal gemeet.

*Verhouding met ma:* Meet die liefde respek en begrip wat die individu vir sy/haar moeder het en die mate waartoe die persoon ervaar dat sy/haar moeder begrip vir hom/haar het.

*Verhouding met pa:* Meet die liefde, respek, en begrip van die individu vir sy vader en die mate waartoe die individu ervaar dat sy/haar vader begrip vir hom/haar het.

*Verhouding met maat:* Die subskaal meet die ervaring van die persoon in 'n romantiese verhouding. Aspekte soos vertroue, kommunikasie, en die gevoelens van respek en liefde word ingesluit in die skaal.

*Verhouding met kinders:* Aspekte soos die persoon se liefde en respek vir sy/haar kinders, die tyd wat hy/sy aan sy/haar kinders spandeer en sy/haar ervaring van die eise wat die kinders aan hom/haar stel word gemeet.

*Verhouding met kollegas:* Die skaal meet die mate waartoe die persoon 'n positiewe verhouding met sy/haar kollegas het, die mate waartoe die persoon deel vorm van die span en die respek wat die persoon vir sy medewerkers het.

- **Analiserings en interpretering van die skaal**

Die analiserings en interpretering van die skale word met 'n rekenaarprogram (Paswin 2000) gedoen (Faul & Hanekom, 2002). 'n Volledige verslag word deur die rekenaarprogram gegenereer waarin die resultate deur middel van verslae en

grafieke beskikbaar gestel word. Die eerste grafiek verskaf 'n oorsig van die funksionering van die groep of individu. Die grafiek word opgevolg met 'n verslag waarin die funksionering bespreek word. As deel van die oorsigverslag word 'n styl van funksionering toegeken. Die styl van funksionering integreer die positiewe en negatiewe elemente van die skaal sodat 'n totale styl van funksionering geïdentifiseer kan word. Dit behels dat gekyk word na die effek van selfpersepsie en negatiewe funksioneringsareas op die positiewe funksioneringsareas en verhoudings. 'n A styl word as effektiewe funksionering beskryf, 'n B styl as fluktuierende funksionering en 'n C styl as oneffektiewe funksionering. Die oorsigverslag word opgevolg deur grafieke en verslae wat die positiewe funksioneringsareas, die negatiewe funksioneringsareas, selfpersepsie en verhoudings in besonderhede bespreek.

Die subskale bestaan uit vyf tot twaalf items. Tellings van 1 tot 5 kan aan elke item toegeken word, waar 1 verwys na “nooit”, 2 na “soms”, 3 na “halfte van die tyd”, 4 na “dikwels” en 5 na “altyd”. Die meeste van die items het 'n positiewe bewoording, terwyl sommige ook negatief bewoord is om te kontroleer vir respons vooroordeel. Elke subskaal meet 'n spesifieke kenmerk van 'n persoon se funksionering. Die CPFI is dus 'n multidimensionele skaal wat bestaan uit 22 eendimensionele skale.

Tellings van 1 tot 100 kan op elke skaal behaal word. Laer tellings op die negatiewe konstrakte verteenwoordig die relatiewe afwesigheid van probleme in die negatiewe funksioneringsareas, terwyl hoër tellings op die positiewe konstrakte die relatiewe afwesigheid van probleme in hierdie afdelings verteenwoordig. Die subskale het elk 'n kliniese afsnypunt wat belangrik is vir die interpretasie van die skale. Op die positiewe skale is die afsnypunt 79%. 'n Totaal van minder as 73% toon 'n behoefte vir verbetering aan; 'n totaal van tussen 73% en 79% dui 'n waarskuwing aan wat aandag nodig het en 'n totaal van meer as 79% is in die aanbevole gebied. Op die negatiewe skale is die afsnypunt 22%. 'n Totaal van meer as 28 % toon 'n behoefte vir verbetering aan; 'n totaal van tussen 22% en 28% dui 'n waarskuwing aan wat aandag nodig het en 'n totaal van minder as 22% is in die aanbevole gebied. Die afsnypunt vir die selfpersepsieskaal is 20%. 'n Totaal van meer as 26% toon 'n behoefte vir verbetering aan; 'n totaal van tussen 20% en 26% dui 'n waarskuwing aan wat aandag nodig het en 'n totaal van minder as 20% is in die aanbevole gebied. Op die verhoudingskaal is die afsnypunt 69%. 'n Totaal van minder as 63% toon 'n behoefte vir verbetering aan; 'n totaal van tussen 63% en 69% dui 'n waarskuwing aan wat aandag nodig het en 'n totaal van meer as 69% is in die aanbevole gebied.

Die berekening van totale van die subskale kan ook per hand gedoen word volgens die volgende formule  $S = (\text{som} Y - N) [100 / N \times 4]$  waar S verwys na die totale telling, Y verwys na die item response en N na die aantal response wat behoorlik voltooi is. Voordat die totaal bereken word, word die omgekeerde telling bereken vir die toepaslike items. Die resultate van die Paswin program is deur die navorser gekontroleer d.m.v. bg. formule.

Die skale is in Afrikaans en Engels beskikbaar en is gestandaardiseer vir die Suid-Afrikaanse bevolking. Die studie om die betroubaarheid van die skale te bepaal, is gedoen met 'n monster van 310 respondente. Eenhonderd-nege-en-vyftig respondente was deel van 'n groep wat behandeling vir substansafhanklikheid ondergaan het. Eenhonderd-een-en-vyftig respondente was van 'n nie kliniese monster. Die Alpha tellings en standaardmetingsfout vir psigososiale funksionering word in Tabel 5.3 weergegee (Faul & Hanekom, 2002).

**Tabel 5.3      Betroubaarheid van CPFI: Psigososiale funksionering**

	<b>N</b>	<b>Gemid</b>	<b>Std. Afwyking</b>	<b>Alpha</b>	<b>Std. Metingsfout</b>
Bereikingsgerigtheid IIS	298	38.53	7.79	.85	2.71
Bereikingsgerigtheid GBS	293	34.84	6.21	.81	2.69
Satisfaksie IIS	291	39.18	8.73	.88	3.05
Satisfaksie GBS	291	27.82	6.27	.83	2.61
Verwagting IIS	297	38.84	7.39	.87	2.65
Verwagting GBS	304	30.56	5.64	.82	2.41
Frustrasie IIS	290	22.40	6.69	.84	2.64
Frustrasie GBS	285	18.63	6.47	.82	2.73
Spanning IIS	286	28.36	9.37	.92	2.72
Spanning GBS	290	22.25	7.13	.84	2.84
Hulpeloosheid IIS	287	27.23	10.31	.92	2.96
Hulpeloosheid GBS	286	24.05	7.71	.85	3.02
<b>Gemiddeld</b>				<b>.85</b>	<b>2.75</b>

Die Alpha tellings en standaardmetingsfout vir selfpersepsie word in Tabel 5.4 weergegee.

**Tabel 5.4      Betroubaarheid van die CPFI: Selfpersepsie**

	<b>N</b>	<b>Gemid</b>	<b>Std. Afwyking</b>	<b>Alpha</b>	<b>Std. Metingsfout</b>
Innerlike onsekerheid	290	17.5	6.77	.88	2.39
Skuldgevoelens	287	13.7	6.41	.90	1.99
Gebrek aan selfwaarde	294	12.5	6.18	.91	1.88
<b>Gemiddeld</b>				<b>.90</b>	<b>2.09</b>

Die Alpha tellings en standaardmetingsfout vir verhoudings word in Tabel 5.5 weergegee.

**Tabel 5.5      Betroubaarheid van CPFI: Verhoudings**

	<b>N</b>	<b>Gemid</b>	<b>Std. Afwyking</b>	<b>Alpha</b>	<b>Std. Metingsfout</b>
Vriende	297	24.09	6.76	.87	2.42
Familie	290	25.33	6.91	.87	2.47
Ma	236	14.99	6.27	.93	1.67
Pa	199	13.62	6.31	.94	1.60
Maat	213	22.28	6.80	.92	1.97
Kinders	179	16.41	5.29	.86	2.00
Kollegas	214.4	34.60	6.79	.87	2.47
<b>Gemiddeld</b>				<b>.90</b>	<b>2.05</b>

Die gemiddelde Alpha telling op die subskale het gewissel van .81 tot .94. Die gemiddeld vir die skaal was .87. Die gemiddelde standaardfout het gewissel tussen 1.60 en 3.05. Die gemiddelde standaardfout vir die skaal was 2.45. Die skale kan as betroubaar beskou word (Faul & Hanekom, 2002). Die koëffisiënte vir inhoudsgeldigheid word in Tabel 5.6 weergegee.

**Tabel 5.6      Inhoudsgeldigheid van CPFI**

	<b>N</b>	<b>Koëffisiënt</b>
<b>Psigososiale funksionering</b>		
Bereikingsgerigtheid IIS	298	.56
Bereikingsgerigtheid GBS	293	.51
Satisfaksie IIS	291	.59
Satisfaksie GBS	291	.55
Verwagting IIS	297	.59
Verwagting GBS	304	.54
Frustrasie IIS	290	.56
Frustrasie GBS	285	.54
Spanning IIS	286	.66
Spanning GBS	290	.56
Hulpeloosheid IIS	287	.66
Hulpeloosheid GBS	286	.53
<b>Gemiddeld</b>		<b>.57</b>
<b>Selfpersepsie</b>		
Innerlike onsekerheid	290	.66
Skuldgevoelens	287	.74
Gebrek aan selfwaarde	294	.75
<b>Gemiddeld</b>		<b>.72</b>
<b>Verhoudings</b>		
Vriende	297	.65
Familie	290	.65
Ma	236	.80
Pa	199	.82
Maat	213	.76
Kinders	179	.68
Kollegas	214	.60
<b>Gemiddeld</b>		<b>.73</b>

Die koëffisiënte het gestrek van .51 tot .82 met 'n gemiddeld van .63. Volgens Faul & Hanekom (2002) is 'n aanvaarbare geldigheidskoëffisiënt .50. Die skaal voldoen dus aan die vereistes van inhoudsgeldigheid.

Die korrelasies wat behaal is wanneer die items vergelyk is met hulle eie totale tellings en met die totale van ander subskale word in Tabel 5.7 weergegee.

**Tabel 5.7      Konstruktgeldigheid van CPFI**

	<b>Eie item-totale korrelasie</b>	<b>Gemid item totale korrelasie met ander subskale</b>
<b>Psigososiale funksionering</b>		
Bereikingsgerigtheid IIS	.56	.27
Bereikingsgerigtheid GBS	.51	.26
Satisfaksie IIS	.59	.32
Satisfaksie GBS	.55	.30
Verwagting IIS	.59	.29
Verwagting GBS	.54	.24
Frustrasie IIS	.56	.34
Frustrasie GBS	.54	.27
Spanning IIS	.66	.36
Spanning GBS	.56	.30
Hulpeloosheid IIS	.66	.38
Hulpeloosheid GBS	.53	.30
<b>Gemiddeld</b>	<b>.57</b>	<b>.30</b>
<b>Selfpersepsie</b>		
Innerlike onsekerheid	.66	.39
Skuldgevoelens	.74	.41
Gebrek aan selfwaarde	.75	.43
<b>Gemiddeld</b>	<b>.72</b>	<b>.41</b>
<b>Verhoudings</b>		
Vriende	.65	.28
Familie	.65	.26
Ma	.80	.27
Pa	.82	.27
Maat	.76	.27
Kinders	.68	.18
Kollegas	.60	.28
<b>Gemiddeld</b>	<b>.73</b>	<b>.26</b>

Die gemiddelde eie item korrelasie vir die skaal was .63 en die gemiddelde korrelasie met ander subskale was .30. Dit toon dat daar goeie konstruktgeldigheid was vir al die subskale.

Die CPFI het enkele beperkinge, nl. dat dit nie met persone onder die ouderdom van 12 jaar en nie met persone met erge kognitiewe beperkinge (bv. verstandelik gestremdheid, seniliteit, psigose of breinskade) gebruik behoort te word nie.

Die data is verder geanaliseer m.b.v. die *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* bv. om die beduidendheid van verskille in funksionering te bepaal.

**Afdeling B** bestaan uit 'n selfontwerpte vraelys wat opgestel is om ander uitkomst van die lewensvaardighede program te meet. Dit sluit die volgende konstrunkte in:

- **Alkoholgebruik word gemeet deur die volgende vrae:**
  - Aantal dae waartydens die respondent die afgelope dertig dae gedrink het
  - Aantal drankies wat die respondent normaalweg neem wanneer hy drink
  - Aantal dae gedurende die afgelope dertig dae waartydens die respondent 5 of meer drankies gedrink het (Cook, Back & Trudeau 1996).
  
- **Kennis van matige alkoholgebruik word getoets word deur die volgende vrae:**
  - Mans behoort nie meer as ..... drankies per dag te drink nie.
  - Vroue behoort nie meer as ..... drankies per dag te drink nie.
  - Persone wat reeds verslaaf is aan alkohol, behoort glad nie te drink nie. Noem nog 3 kategorieë van persone wat glad nie behoort te drink nie.
  
- **Houding teenoor matige alkoholgebruik word gemeet deur die volgende vrae:**
  - Is die matige gebruik van alkohol, d.w.s. waar 'n man nie meer as drie drankies en 'n vrou nie meer as twee drankies per dag gebruik nie, vir u aanvaarbaar?
  - Is die matige gebruik van alkohol, d.w.s. waar 'n man nie meer as drie drankies en 'n vrou nie meer as twee drankies per dag gebruik nie, vir u aanvaarbaar?
  - Is geheelonthouding beter is as matige alkoholgebruik?

Bg. vrae is gestel aan die hand van 'n vierpunt skaal.

### 5.7.2 Verloop van die eksperiment

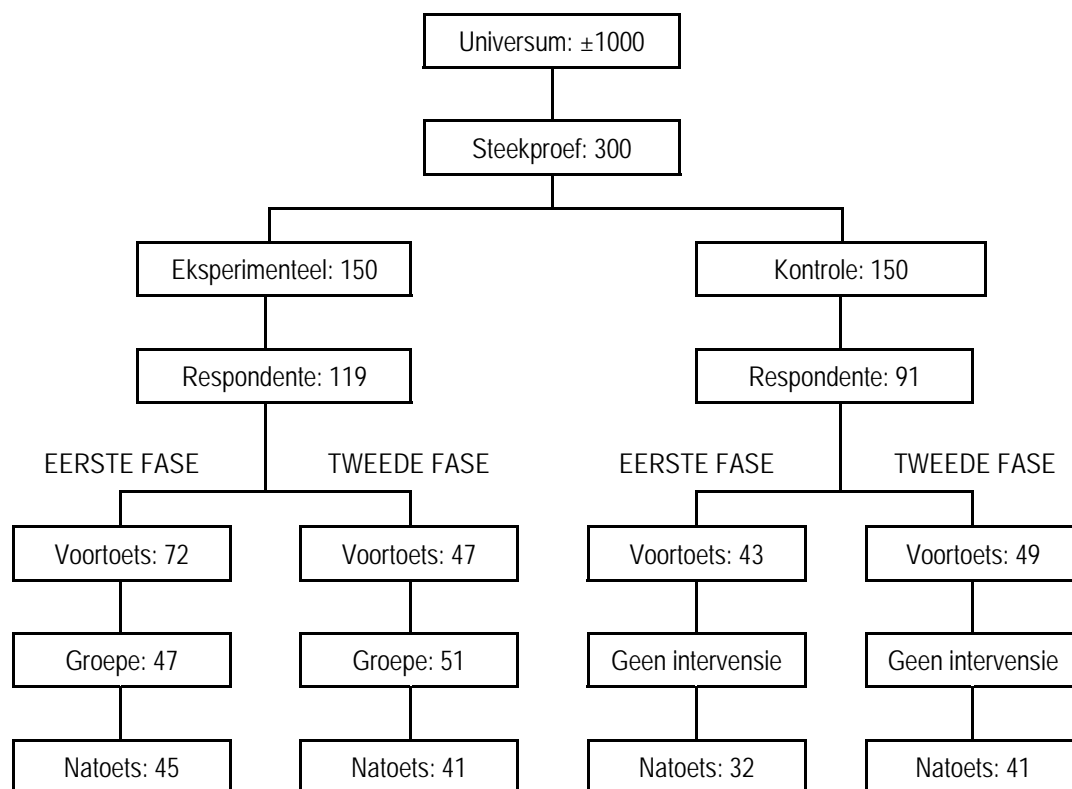
'n Ewekansige gestratifiseerde steekproef is van alle algemene werkers van die hospitaal getrek. Die steekproef is vervolgens ewekansig toegewys aan 'n eksperimentele en kontrole groep, van 150 persone elk. Briewe is aan die eksperimentele groep en die kontrole groep gestuur om hulle te nooi na 'n byeenkoms waar die program aan hulle verduidelik is en waar hulle kon besluit of hulle aan die program wou deelneem. Dokumente waarin hulle toestem om aan die byeenkoms deel te neem, is by hierdie geleentheid onderteken. Werknemers het dus op 'n vrywillige basis deelgeneem aan die program. . Dit is moontlik dat die teikengroep beter bereik sou word indien werknemers verplig kon word om by die program in te skakel, maar in 'n omgewing waar georganiseerde arbeid baie aktief was en waar 'n sensitiewe probleem soos substansmisbruik aangespreek is, is besluit dat vrywillige deelname 'n beter opsie is. Voorts is dit in die hedendaagse menseregtekultuur in die werksomgewing waarskynlik nie aanvaarbaar om werknemers te dwing om by 'n program in te skakel nie.

Eenhonderd-en-neëntien persone van die eksperimentele groep het die voortoets afgelê. Die program is in twee fases aangebied en elke fase is as 'n afsonderlike eksperiment hanteer. Gedurende die eerste fase het 72 persone die voortoets afgelê en 59 persone het by die groepe ingeskakel. Twaalf persone het slegs drie of minder byeenkomste bygewoon en hulle data is buite rekening gelaat. Daar was dus slegs 47 proefpersone. Vyf en veertig van hierdie persone het ook die natoets afgelê. Slegs die inligting van die 45 persone wat beide die voortoets en die natoets afgelê het, is gebruik vir die evaluering.

Sewe-en-veertig persone het die eerste toets in die tweede fase afgelê. Een-en-veertig persone het gedurende hierdie fase by die groepe ingeskakel. Dit het agt persone ingesluit wat reeds gedurende die eerste fase die voortoets afgelê het sowel as twee persone wat nie die voortoets afgelê het nie. Hierdie persone se data is nie in berekening gebring tydens die evaluering nie. Ses persone wat die voortoets afgelê het, het nie by die groepe ingeskakel of die natoets afgelê nie. Die natoets is dus afgelê deur 41 persone en slegs hierdie persone se data is gebruik in die evaluering.

Een-en-neëntig persone van die kontrolegroep het die voortoets afgelê. Gedurende die eerste fase is 43 persone getoets. Twee-en-dertig persone het die natoets afgelê en slegs hierdie (32) persone se data is in die evaluering gebruik. In die tweede fase het 49 persone uit die kontrolegroep die voortoets afgelê. Een-en-veertig persone het ook die natoets afgelê en weereens is slegs die data van hierdie laaste groep in die evaluering gebruik. In figuur 5.2 word die inligting i.v.m. die verloop van die eksperiment skematies voorgestel.





**Figuur 5.2: Verloop van die Eksperiment**

Die eerste fase is aangebied vanaf April tot September 2005. Daar was vyf groepe wat bestaan het uit agt tot elf lede. Elke groep het agt weeklikse sessies van een uur elk bygewoon. Die groepe is aangebied deur drie ervare maatskaplike werkers van die personeelondersteuningseenheid van die hospitaal. Een werker het drie groepe hanteer, terwyl die ander twee werkers een groep elk hanteer het. Die natoets is onmiddellik na afloop van die opleiding afgeneem (een week later). Die kontrole groep is op dieselfde tyt as die eksperimentele groep getoets. Besonderhede van die groepe in fase een word in tabel 5.8 weergegee.

**Tabel 5.8 Fase 1: Besonderhede van aanbieding**

Eksperimentele groep			Kontrole groep	
Voortoets	Intervensie	Natoets	Voortoets	Natoets
4 April tot 30 Junie 2005. 72 persone.	Groep1: 5.07.05 tot 6.9.05. (8 lede).	31 Aug tot 16 Sept 05. 45 persone.	11 April tot 26 Mei 05. 43 persone.	7 Sept 05 tot 23 Sept 05. 32 persone.
	Groep 2: 8.7.05 tot 2.9.05. (9 lede).			
	Groep 3: 6.7.05 tot 9.9.05. (11 lede).			
	Groep 4: 6.7.05 tot 24.8.05. (10 lede).			
	Groep 5: 7.7.05 tot 25.8.05. (9 lede).			

Aangesien slegs 47 persone betrek is by hierdie groepe, is besluit om die program weer aan te bied. Daar is besluit om die aanbiedingswyse te verander omdat dit moeilik was om groeplede vir agt sessies te betrek en dit minder administratiewe werk sou meebring indien die hele program oor twee oggende aangebied kon word. Dieselfde agt sessies is behou (vier per oggend) en dieselfde aanbieders wat die eerste groepe aangebied het, was weer betrokke. Die aanbieders het egter gedurende hierdie fase verskillende sessies binne dieselfde groep aangebied en was nie weer uitsluitlik betrokke by 'n groep soos in die eerste fase nie.

Die tweede fase is aangebied vanaf Oktober 2005 tot Maart 2006. Die program is aangebied aan 51 persone. Daar was sewe groepe met tussen ses en nege lede elk. Elke groep het twee oggendbyeenkomste bygewoon waar vier sessies afgehandel is. Die natoetse is binne twee maande na voltooiing van die kursus afgeneem. Die kontrolegroep is terselfdertyd getoets. Tabel 5.9 gee 'n uiteensetting van die aanbidding in die tweede fase.

**Tabel 5.9 Fase 2: Besonderhede van aanbidding**

Eksperimentele groep			Kontrole groep	
Voortoets	Intervensie	Natoets	Voortoets	Natoets
28.9.05 tot 5.10.05. 37 persone	Groep 6: 5.10.05 en 6.10.05. (8 lede).	8.11.05 tot 31.1.06. 31 persone	28.9.05 tot 5.10.05. 41 persone	9.11.05 tot 31.1.06. 33 persone
	Groep 7: 18.10.05 en 1.11.05. (6 lede).			
	Groep 8: 20.10.05 en 3.11.05. (9 lede).			
	Groep 9: 8.12.05 en 13.12.05. (7 lede).			
	Groep 10: 1.12.05 en 6.12.05. (8 lede).			
6.2.06 tot 10.2.06. 10 persone	Groep 11: 21.2.06 en 2.3.06. (7 lede).	7.3.06 tot 9.3.06. 10 persone	6.2.06 tot 10.2.06. 8 persone	9.3.06. 8 persone
	Groep 12: 23.2.06 en 28.2.06. (6 lede).			
47	51	41	49	41

### 5.7.3 Bedreiginge vir die geldigheid van die eksperiment

Die geldigheid van die eksperiment kan bedreig word deur die volgende faktore:

- **Geskiedenis:** Met 'geskiedenis' word bedoel enige gebeure (behalwe die eksperimentele veranderlike) tussen die eerste en tweede meting wat die resultate mag beïnvloed. Personeellede kon bv. ook blootgestel gewees het aan ander vorme van opleiding binne die werksplek. In die tweede fase het daar ook heelwat tyd verloop tussen die intervensie en die natoets, weens werksredes. Die eksperimentele ontwerp kontroleer egter vir 'n moontlike geskiedenis effek.

'n Verdere probleem was dat elke groep unieke ervarings gehad het en deur verskillende groepleiers aangebied is. Dit is moeilik om te kontroleer vir die unieke verskille tussen die groepe. Groepleiers is opgelei om sover moontlik eenvormige aanbiedings te verseker. Daar is ook inligting verkry oor die ervarings van groeplede deur kwalitatiewe navorsing.

- **Maturasie, toetsing, seleksie en regressie:** Daar is gekontroleer vir hierdie veranderlikes deurdat die eksperimentele groep en kontrole groep in gelyke mate hieraan blootgestel is.
- **Instrumentasie:** Aangesien daar gebruik gemaak is van 'n geskrewe vraelys behoort daar nie probleme te wees met instrumentasie nie. Verskillende persone het die toets afgeneem en mag verskil het in die instruksies wat hulle verskaf het. Daar is egter getrag om gestandaardiseerde voorskrifte te gee.
- **Sydigheid:** Sydigheid behoort nie 'n rol te speel nie aangesien seker gemaak is dat die seleksie van eksperimentele en kontrole groepe volgens die beginsels van toevallige toewysing gedoen is. Sommige toesighouers het verkies om sekere werknemers in te sluit op grond van 'n veronderstelde "groter behoefte" aan die intervensie of op grond van gerieflikheid. In hierdie gevalle is die beginsels van toevallige toewysing verduidelik.
- **Attrisie:** Die verlies van respondente, veral uit die eksperimentele groep kon 'n bedreiging inhou vir die eksperiment. In die eerste fase behels die intervensie die bywoning van agt sessies en die gevaar is dat die bywoning nie na wense mag wees nie. Werknemers in die hospitaal werk skofte, is soms afwesig of kan soms nie van hulle werksplek verskoon word om 'n groep by te woon nie. Dit verg ook besondere dissipline om afsprake oor so 'n lang tydperk na te kom. Indien daar 'n groot attrisie is van die eksperimentele groep weens genoemde redes, kan dit wees dat slegs die proefpersone wat toegewyd is in die eksperiment bly. Dit sal veroorsaak dat die eksperimentele groep en die kontrole groep nie meer vergelykbaar is nie. Die attrisie wat gedurende die intervensie plaasgevind het, was 20% in die eerste fase teenoor geen attrisie in die tweede fase nie. Wat metings-attrisie betref, het 62% van deelnemers in die eerste fase wat die voortoets voltooi het, ook die natoets voltooi. In die tweede fase was dit 87%. Gedurende die eerste fase (waar die grootste probleem met attrisie was) was daar nie 'n beduidende verskil tussen die ouderdom van deelnemers en diegene wat nie deelgeneem het nie ( $t = -.193, p > .05$ ). Daar was wel 'n beduidende verskil in geslag, met meer mans wat nie deelgeneem het nie ( $X^2 = 4.033, \text{g.v.} = 1, p < .05$ ). Die attrisiesyfer is ook vergelykbaar met studies wat as

standaard aanvaar word in die literatuur oor die voorkoming van die misbruik van alkohol in die werksplek (Cook, Back, Trudeau & McPherson, 2002; Lehman, Reynolds & Bennett, 2002). In die kontrole groepe was die attrisie gering. Vyf-en-neëntig en vyf-en-tagtig persent van diegene wat die voortoets in die eerste en tweede fase onderskeidelik afgelê het, het ook die natoets afgelê.

Die evaluering moes gedoen word binne die beperkinge van die werksituasie. Rossi, Freeman en Lipsey (1999, p. 31) bespreek die probleme om hoë wetenskaplike standaarde te handhaaf in progamevaluering en kom tot die volgende gevolgtrekking: “In many cases, evaluations will justifiably be undertaken that are “good enough” for answering relevant policy and program questions even though program conditions or available resources prevent them from being the best possible designs from a scientific standpoint.”

In hierdie studie is die klem op die evaluering van die programteorie. Dit was dus nie net belangrik om te bepaal of sukses behaal is met die studie nie, maar ook om te bepaal watter inhoude van die program vir die deelnemers waardevol was. Kwalitatiewe metodes van navorsing is gebruik vir hierdie doel. Meervoudige bronne van data dra by tot die wetenskaplike integriteit van die studie. Groeplede moes na afloop van elke sessie die volgende oop vrae beantwoord.

- Wat het ek vandag geleer?
- Wat kon ek gedurende die afgelope week toepas wat ek al voorheen uit die kursus geleer het?
- Watter verskil het die kursus tot dusver in my lewe gemaak?

## **5.8 Evaluering van die toesighouersopleiding**

Die toesighouersopleiding is aan die hand van 'n eenvoudige een-groep voortoets natoets pre-eksperimentele model getoets, volgens onderstaande model, waar O na die toetsing verwys en X na die intervensie.

**O<sub>1</sub>      X      O<sub>2</sub>**

'n Vraelys wat toesighouers se kennis oor bestuursvaardighede en die toepassing van die alkoholbeleid toets, is voor die aanvang van die opleidingssessies en weer onmiddellik na afloop van die sessies deur die deelnemers voltooi. Daar is verskillende eksterne veranderlikes wat die geldigheid van hierdie model bedreig:

- Geskiedenis: Aangesien die opleiding slegs uit een sessie bestaan en die natoets onmiddellik na die opleiding afgeneem word, kan ander faktore nie die kennis van toesighouers oor die spesifieke onderwerp beïnvloed nie.
- Maturasie en attrisie: Dieselfde argument t.o.v. die enkele aanbieding geld ook vir maturasie en attrisie.
- Toetsing mag wel 'n effek hê aangesien dit deelnemers bewus kan maak van leemtes in hulle kennis en hulle mag nadink oor die vrae voor die natoets geadministreer word. Die kans dat dit resultate betekenisvol sal beïnvloed (onafhanklik van die intervensie), is egter nie goed nie.
- Instrumentasie: Dieselfde geskrewe vraelys word in die voortoets en hertoets gebruik.
- Probleme met seleksie kan 'n rol speel aangesien slegs toesighouers wat geïnteresseerd is in die opleiding sal deelneem en beter resultate dus verwag kan word.

Die een groep voortoets natoets model is nie 'n sterk ontwerp nie en daar is beplan om die effek van die toesighouersopleiding ook d.m.v. ander metodes te bepaal nadat die volle program geïmplementeer is. Die bestaan van die hersiene alkoholbeleid is deur waarneming bevestig. Ander uitkomstes van die program (bv. werknemers se kennis van die substansmisbruikbeleid, werknemers se siening van die toepassing van die beleid, van die beskikbaarheid van alkohol in die hospitaal, van die kwaliteit van werk en die impak van die verspreiding van pamflette en plakkaat) kan eers getoets word nadat die program ten volle geïmplementeer is.

## 5.9 Samevatting

In hierdie hoofstuk is die programteorie en logiese model vir die implementering van 'n alkoholmisbruikvoorkomingsprogram ontwikkel. Die metodes wat gevolg is in die evaluering van die program, is ook beskryf. In die volgende hoofstuk sal die resultate van die progamevaluering bespreek word. Hieruit sal bepaal kan word watter mate van sukses met die program behaal is en watter aanpassings aan die program nodig is. Riglyne sal ook ontwikkel kan word vir die implementering van alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme in die werksplek.

## Hoofstuk 6

# FORMATIEWE EVALUERING VAN DIE ALKOHOL-MISBRUIKVOORKOMINGSPROGRAM

### 6.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word die resultate en bevindinge van die evaluering van die verskillende komponente van die voorkomingsprogram weergegee. Die lewensvaardighede opleiding, toesighouersopleiding en die hersiening van die substansmisbruikbeleid word bespreek.

### 6.2 Resultate van die eerste studie: lewensvaardighede opleiding

Die evaluering van die lewensvaardighede opleiding is in twee fases gedoen binne twee verskillende eksperimentele ontwerpe. Die bevindinge van die eerste studie word vervolgens bespreek.

#### 6.2.1 Ouderdom, geslag en taal

Sewe- en sewentig persone het deelgeneem aan die eerste eksperiment. Die ouderdomme van respondente het gestrek vanaf 22 jaar oud tot 62 jaar oud met 'n gemiddelde ouderdom van 44 (vir beide eksperimentele en kontrolegroepe).

**Tabel 6.1 Ouderdom van respondente**

Groep	N	Min	Maks	Gem.	Std. Afwyking
Eksperimenteel	45	22	62	44.44	8.91
Kontrole	32	28	61	44.22	7.82

Die eksperimentele groep het beduidend verskil van die kontrole groep wat geslag betref, met meer as die verwagte aantal vroue in die kontrole groep ( $X^2=4.713$ ,  $gv.=1$ ,  $p=.030$ ).

**Tabel 6.2 Geslag van respondente**

Geslag	Eksp groep	Kontrole groep	Totaal
Manlik	8	1	9
Vroulik	37	31	68
Totaal	45	32	77

Die oorgrote meerderheid van albei groepe was Afrikaanssprekend (89% en 97% onderskeidelik). Die respondente wat nie Afrikaans gepraat het nie, was Xhosa sprekend.

### 6.2.2 Bywoning van groepe

In die eerste fase is agt weeklikse sessies aangebied. Die gemiddelde bywoning was 6 sessies per groepslid. Die bywoning word in tabel 6.3 weergegee.

**Tabel 6.3 Bywoning van sessies**

<b>Respondente</b>	<b>Aantal sessies bygewoon</b>
7	4
10	5
10	6
10	7
8	8

Die bywoning kan oor die algemeen as goed beskryf word. Redes vir afwesigheid was siekte, verlof, verandering van skofte en 'n hoë werklading sodat groeplede nie hulle werkstasies kon verlaat nie.

### 6.2.3 Oorsig oor funksionering (Comprehensive Personal Functioning Inventory)

Die eksperimentele groep het tydens die natoets beter gevaar wat betref positiewe funksioneringsareas, selfpersepsie en verhoudings, maar die verskille was nie statisties beduidend nie. (Vir 'n uiteensetting van die skale, sien hoofstuk 5.7.1).

Wat positiewe funksioneringsareas betref, het die eksperimentele groep 'n gemiddelde verbetering van 2.55 per respondent getoon tussen die voortoets en natoets, terwyl die gemiddelde vir die kontrole groep met 2.28 verminder het (Tabel 6.4). Die verskille was egter nie statisties beduidend nie ( $t=1.217$ ,  $gv=75$ ,  $p=.227$ ).

**Tabel 6.4 Verskille in positiewe funksionering tussen die voor- en natoets**

<b>Groep</b>	<b>N</b>	<b>Voortoets-telling</b>	<b>Natoets-telling</b>	<b>Gemiddelde verskil</b>	<b>Std. Afwyking</b>
Eksperimenteel	45	76	79	2.55	16.53
Kontrole	32	84	82	-2.28	18.07

T.o.v. die negatiewe funksioneringsareas, het die eksperimentele groep effens swakker presteer na die intervensie, terwyl die kontrole groep effens beter presteer het. ('n Laer telling in die negatiewe funksioneringsareas verteenwoordig beter prestasie). Die verskille tussen die eksperimentele groep en die kontrole groep in negatiewe funksioneringsareas

was nie statisties beduidend nie ( $t=.491$ ,  $gv.=75$ ,  $p=.625$ ). Tabel 6.5 gee 'n uiteensetting van die verskille in die negatiewe funksioneringsareas.

**Tabel 6.5      Verskille in negatiewe funksioneringsareas tussen die voor- en natoets**

Groep	N	Voortoets-telling	Natoets-telling	Gemiddelde verskil	Std. Afwyking
Eksperimenteel	45	26	28	1.6444	16.19
Kontrole	32	25	24	-.1875	16.04

Die eksperimentele groep se selfpersepsie (Tabel 6.6) het nie statisties betekenisvol meer verbeter as die kontrole groep na die intervensie nie ( $t= -.353$ ,  $gv. =75$ ,  $p =.725$ ).

**Tabel 6.6      Verskille in selfpersepsie**

Groep	N	Voortoets-telling	Natoets-telling	Gemiddelde verskil	Std. Afwyking
Eksperimenteel	45	25	24	-.7333	15.11
Kontrole	32	22	22	.5625	16.94

Die verskil in die gemiddelde verbetering van die eksperimentele groep en kontrole groep t.o.v. verhoudings (Tabel 6.7) was nie statisties beduidend nie ( $t=.291$ ,  $gv.=75$ ,  $p=.772$ ).

**Tabel 6.7      Verskille in verhoudinge**

Groep	N	Voortoets-telling	Natoets-telling	Gemiddelde verskil	Std. Afwyking
Eksperimenteel	45	76	77	1.2222	15.21
Kontrole	32	80	80	0.1875	15.58

Die Paswin program bied ook 'n geïntegreerde beeld van styl van funksionering aan waarin die effek van negatiewe funksionering en positiewe funksionering geïntegreer word. Dit behels dat gekyk word na die effek van selfpersepsie en negatiewe funksioneringsareas op die positiewe funksioneringsareas en verhoudings. 'n A styl word as effektiewe funksionering beskryf, 'n B styl as fluktuierende funksionering en 'n C styl as oneffektiewe funksionering (sien hoofstuk 5.7.1). Hiervolgens het meer persone in die eksperimentele groep na die intervensie effektief gefunksioneer, terwyl die aantal persone in die kontrole groep wat effektief gefunksioneer het dieselfde gebly het. In tabel 6.8 kan gesien word dat 34 persone in die eksperimentele groep voor die intervensie volgens die A styl gefunksioneer het, terwyl 37 persone na die intervensie volgens die A styl funksioneer het. In die kontrole



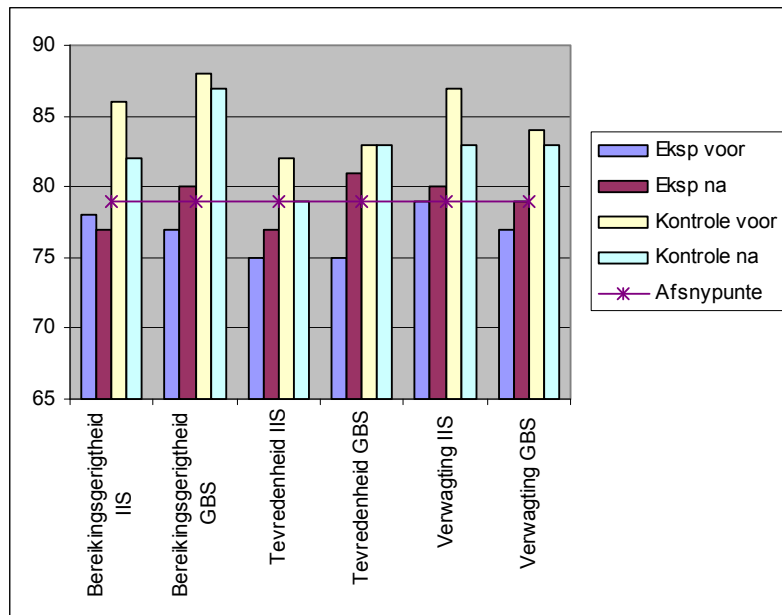
groep het die aantal persone wat volgens die A styl funksioneer het, konstant gebly op 29 persone. Die verskil was egter nie statisties beduidend nie ( $X^2=4.524$ ,  $gv.=3$ ,  $p=.210$ ).

**Tabel 6.8 Styl van funksionering: Fase 1**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>A Styl</b>	<b>N</b>	34	37	29	29
	<b>Verwagte N</b>	37.69	37.69	26.81	26.81
	<b>% van Totaal</b>	22.08	24.03	18.83	18.83
<b>B Styl</b>	<b>N</b>	11	8	3	3
	<b>Verwagte N</b>	7.31	7.31	5.19	5.19
	<b>% of Totaal</b>	7.14	5.19	1.95	1.95
<b>Totaal</b>	<b>Persone</b>	45	45	32	32
	<b>Verwagte N</b>	45	45	32	32
	<b>% van Totaal</b>	29.22	29.22	20.78	20.78

#### **6.2.4 Detail ontleding van die areas van funksionering**

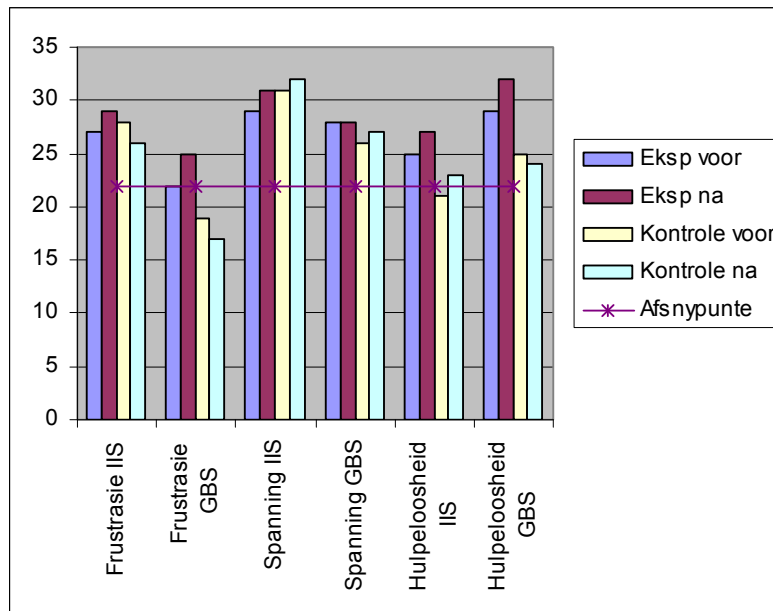
Positiewe funksionering word in Fig. 6.1 in meer besonderhede weergegee. Dit blyk dat die eksperimentele groep in alle aspekte van positiewe funksionering beter gevaar het tydens die natoets, behalwe t.o.v. bereikingsgerigtheid (innerlike interaksieskaal). Die grootste verskil was t.o.v. tevredenheid (gedragskaal). Puntetellings in die positiewe skale strek van 0 tot 100. 'n Totaal van minder as 73% toon 'n behoefte vir verbetering aan; 'n totaal van tussen 73% en 79% dui 'n waarskuwing aan wat aandag nodig het en 'n totaal van meer as 79% is in die aanbevole gebied. Die verskille in die subskale was ook nie statisties beduidend nie. T.o.v. tevredenheid bv. was  $t=1.78$ ,  $gv.=75$ ,  $p=.079$ . Die kontrole groep het in alle positiewe funksioneringsareas swakker gevaar tydens die natoets, behalwe t.o.v. tevredenheid (gedragskaal) waar dieselfde vlak van funksionering gehandhaaf is.



**Fig 6.1 Besonderhede van positiewe funksionering: Fase 1**

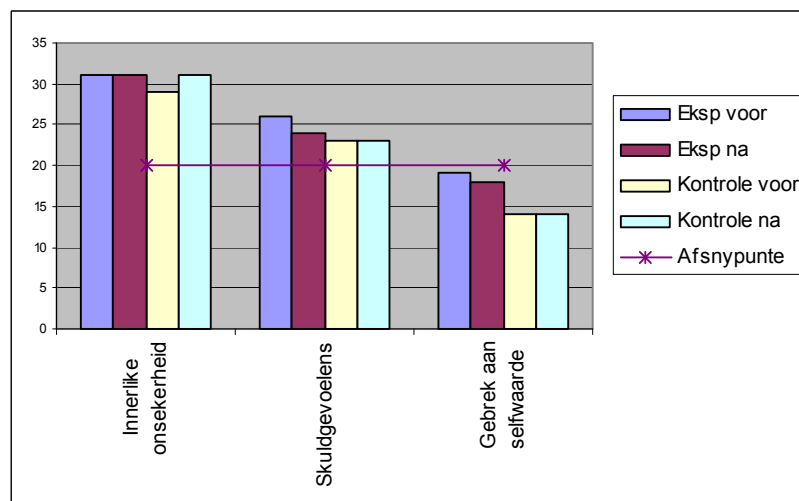
Wat negatiewe funksionering betref, het die eksperimentele groep in al die areas van funksionering, behalwe spanning (gedragskaal) swakker gevaar na die intervensie, soos gesien kan word in Fig. 6.2. Die groep het steeds frustrasie, spanning en hulpeloosheid ervaar. In die meeste areas toon die groep 'n behoefte aan verbetering t.o.v. negatiewe funksioneringsareas.

Die kontrole groep het effens beter gevaar in die areas van frustrasie, en hulpeloosheid (gedragskaal) in die natoets. Hulle het egter swakker gevaar in spanning en hulpeloosheid (innerlike interaksieskaal). Dit blyk dat beide die eksperimentele groep en kontrole groep na die intervensie steeds probleme ondervind met frustrasie, spanning en hulpeloosheid.



**Fig 6.2 Besonderhede van negatiewe funksionering: Fase 1**

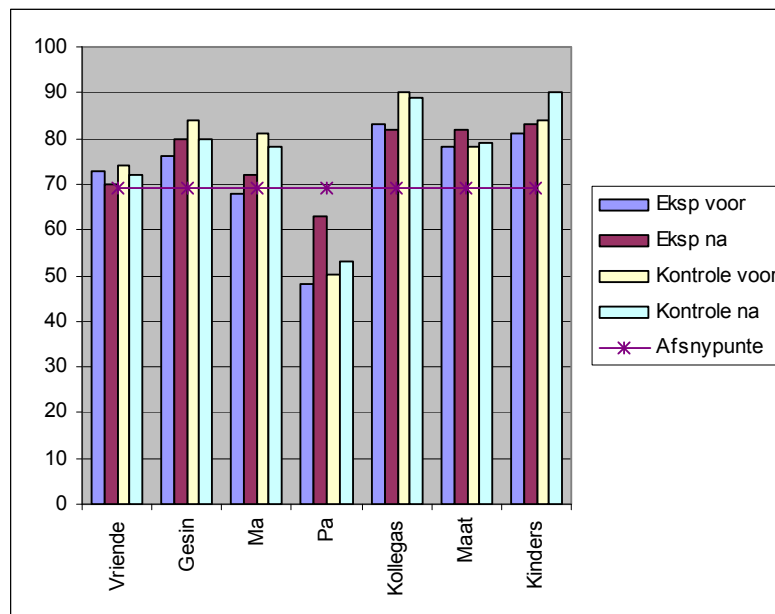
Die eksperimentele groep het na die intervensie 'n klein verbetering getoon in al die areas van selfpersepsie, behalwe in "innerlike onsekerheid". Die groep het steeds nie optimaal funksioneer wat "innerlike onsekerheid" en skuldgevoelens betref nie. Die kontrole groep het geen verbetering getoon nie (Fig 6. 3). Die verskille was egter nie statisties beduidend nie.



**Fig 6.3 Besonderhede van selfpersepsie: Fase 1**

Daar was 'n klein verbetering in die verhoudings van die eksperimentele groep (behalwe in die verhouding met vriende en kollegas), maar dit is nie beduidend nie. Die kontrole groep

(Fig 6.4) het in die meeste gevalle swakker gevaar tydens die natoets. Beide groepe se verhouding met hulle vader is as die mees problematiese verhouding geïdentifiseer en is ver onder die area van optimale funksionering, hoewel daar 'n groter verbetering was in die eksperimentele groep se gerapporteerde verhouding met hulle vaders na die intervensie as in die kontrole groep.



**Fig 6.4 Besonderhede van verhoudings: Fase 1**

Dit blyk dus uit hierdie resultate dat die intervensie nie 'n betekenisvolle effek op die funksionering van die eksperimentele groep gehad het nie.

### 6.2.5 Alkoholgebruik

Daar is gebruik gemaak van 'n addisionele self-ontwerpte vraelys om respondente se alkoholgebruik, kennis van matige gebruik van alkohol en houding teenoor matige gebruik te meet.

Wat alkoholgebruik betref, is vier items in die vraelys ingesluit om dit op verskillende maniere te meet: gewoon ja/nee oor alkoholgebruik, die hoeveelheid drankies wat respondente per geleentheid drink, die aantal dae gedurende die voorafgaande 30 dae waarop respondente alkohol gedrink het en die hoeveelheid dae gedurende die voorafgaande 30 dae waarop respondente meer as 5 drankies per geleentheid geneem het.

Inligting oor die **aantal respondente wat alkohol gebruik**, word in tabel 6.9 weergegee. Dit blyk dat meer respondente in die eksperimentele groep na die intervensie te kenne gegee het dat hulle alkohol gebruik (16 teenoor 10), terwyl een minder persoon in die kontrole groep na die intervensie te kenne gegee het dat hy/sy wel alkohol gebruik. Hierdie verskille was nie statisties beduidend nie ( $X^2=2.021$ ,  $gv=3$ ,  $p=.568$ ). Die rede waarom meer mense in die eksperimentele groep na die intervensie te kenne gegee het dat hulle alkohol gebruik, kan moontlik toegeskryf word daaraan dat matige alkoholgebruik as aanvaarbare gedrag beskryf is en dat meer mense bereid was om te erken dat hulle wel alkohol gebruik.

**Tabel 6.9      Alkoholgebruik vóór en ná intervensie: Fase 1**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole : voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Alkohol gebruik</b>	N	10	16	10	9
	Verwagte N	13.15	13.15	9.35	9.35
	% in Fase1	22.22	35.56	31.25	28.13
<b>Geen alkohol gebruik</b>	N	35	29	22.	23.
	Verwagte N	31.85	31.85	22.65	22.65
	% in Fase1	77.78	64.44	68.75	71.88
<b>Totaal</b>	N	45	45	32	32
	Verwagte N	45	45	32	32
	% in Fase1	100.00	100.00	100.00	100.00

In Tabel 6.10 word die **aantal dae**, gedurende die voorafgaande 30 dae, waarop respondente alkohol gebruik het, weergegee. Slegs die gegewens oor persone wat wel alkohol gebruik, is in tabel 6.11 saamgevat. Dit blyk dat daar nie groot verskille was tussen enige van die groepe wat betref die gemiddelde aantal dae waarop respondente gedrink het nie. Volgens hierdie gegewens was die gemiddelde aantal dae waarop respondente wel gedrink het, ook baie laag.

**Tabel 6.10      Aantal dae gedurende voorafgaande 30 dae waarop alkohol gebruik is**

<b>Groep</b>	<b>Persone</b>	<b>Min. dae</b>	<b>Maks. dae</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Std.Afwyking</b>
Eksp voortoets	9	0	9	2.11	2.71
Eksp. natoets	16	0	8	2.21	2.86
Kontr. voortoets	9	0	19	3.22	6.16
Kontr. natoets	9	0	3	1	1.22

Inligting oor die aantal dae waarop respondente alkohol gebruik het vir die totale groep, word in die verspreidingstabelle, Tabel 6.11, Tabel 6.12, Tabel 6.13 en Tabel 6.14 weergegee.

**Tabel 6.11 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep: Voortoets**

<b>Dae</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	37	82.22	82.22
1	3	6.67	88.89
2	4	8.89	97.78
9	1	2.22	100.00
Totaal	45	100	

**Tabel 6.12 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep: Natoets**

<b>Dae</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	35	77.78	81.40
1	1	2.22	83.72
2	3	6.67	90.70
3	1	2.22	93.02
5	1	2.22	95.35
8	2	4.44	100.00
Totaal	43	95.56	
Ontbrekend	2	4.44	
Totaal	45	100.00	

**Tabel 6.13 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Voortoets**

<b>Dae</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	26	81.25	83.87
1	2	6.25	90.32
3	1	3.13	93.55
5	1	3.13	96.77
19	1	3.13	100.00
Totaal	31	96.88	
Ontbrekend	1	3.13	
Totaal	32	100	

**Tabel 6.14 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Natoets**

<b>Dae</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	27	84.38	84.38
2	3	9.38	93.75
3	1	3.13	96.88
7	1	3.13	100.00
Totaal	32	100.00	

Wat die groep as geheel betref was daar ook nie groot verskille tussen die groepe t.o.v. die aantal dae waarop respondente alkohol gedrink het nie. Die enigste groepe waarin daar wel 'n verskil was, was t.o.v. een persoon in die kontrole groep wat gerapporteer het dat hy op 19

dae alkohol gebruik. Die hoë frekwensie het nie in die natoets voorgekom nie. Aangesien dit egter net betrekking het op een persoon, kan geen afleidings hiervan gemaak word nie.

Soos blyk uit Tabel 6.15 het geeneen van die groepe groot verskille getoon in **die aantal drankies** wat respondente per geleentheid neem nie. Tabel 6.15 rapporteer slegs die gebruik van alkohol deur respondente wat wel drink. Beide die eksperimentele groep en kontrole groep het die gemiddelde aantal drankies verminder na die intervensie.

**Tabel 6.15 Aantal drankies wat respondente per geleentheid neem**

Groep	Respondente	Aantal drankies			
		Min.	Maks.	Gem.	Std. Afwyking
Eksp. voortoets	9	1	12	2.78	3.53
Eksp. natoets	16	0	9	2.64	2.21
Kontr. voortoets	10	1	8	2.90	2.08
Kontr. natoets	9	1	4	2.33	1.32

Inligting oor die aantal drankies wat respondente per geleentheid gebruik vir die totale groep, word in die verspreidingsstabelle, Tabel 6.16, Tabel 6.17, Tabel 6.18 en Tabel 6.19 weergegee.

**Tabel 6.16 Aantal drankies per geleentheid: Eksperimentele groep: Voortoets**

Aantal drankies	N	%	Kumulatiewe %
0	35	77.78	77.78
1	5	11.11	88.89
2	3	6.67	95.56
3	1	2.22	97.78
12	1	2.22	100.00
Totaal	45	100	

**Tabel 6.17 Aantal drankies per geleentheid: Eksperimentele groep: Natoets**

Aantal drankies	N	%	Kumulatiewe %
0	30	66.67	69.77
1	3	6.67	76.74
2	5	11.11	88.37
3	1	2.22	90.70
4	3	6.67	97.67
9	1	2.22	100.00
Totaal	43	95.56	
Ontbrekend	2	4.44	
Totaal	45	100.00	

**Tabel 6.18 Aantal drankies per geleentheid: Kontrole groep: Voortoets**

<b>Dae</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	27	84.38	84.38
2	3	9.38	93.75
3	1	3.13	96.88
7	1	3.13	100.00
Totaal	32	100.00	

**Tabel 6.19 Aantal drankies per geleentheid: Kontrole groep: Natoets**

<b>Aantal drankies</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	22	68.75	68.75
1	4	12.50	81.25
2	3	9.38	90.63
4	3	9.38	100.00
Totaal	32	100	

Wat die totale groep betref, het nie die eksperimentele groep of die kontrole groep hulle inname per geleentheid noemenswaardig verander na die intervensie nie. Die aantal drankies per geleentheid was relatief laag in al die groepe. In die eksperimentele groep het een persoon voor die intervensie gebruik van meer as drie drankies per geleentheid gerapporteer en vier persone na die intervensie. In die kontrole groep was daar ook een persoon in die voortoets wat meer as drie drankies per geleentheid geneem het en drie na die intervensie. (Drie eenhede alkohol per geleentheid word as matige gebruik beskou).

In Tabel 6.20 word die aantal geleenthede waarop respondente wat alkohol gebruik, **meer as 5 drankies** geneem het weergegee. Die onderskeie groepe het baie min verskil t.o.v. die aantal geleenthede waarop meer as 5 drankies geneem is.

**Tabel 6.20 Aantal geleenthede waarop respondente meer as 5 drankies geneem het**

<b>Groepe</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Maks.</b>	<b>Gem.</b>	<b>Std. Afwyking</b>
Eksp. Voortoets	9	0	4	0.56	1.33
Eksp. Natoets	15	0	3	0.53	0.92
Kontrole voortoets	9	0	5	1.33	2.12
Kontrole natoets	9	0	2	0.44	0.73

Die aantal geleenthede waartydens respondente in die onderskeie groepe meer as vyf drankies geneem het, word in die verspreidingstabelle (Tabel 6.21 tot Tabel 6.24) weergegee.



**Tabel 6.21 Aantal geleenthede meer as 5 drankies:  
Eksperimentele groep: Voortoets**

<b>Geleenthede: meer as 5</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	42	93.33	93.33
1	2	4.44	97.78
4	1	2.22	100.00
Totaal	45	100.00	

**Tabel 6.22 Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Eksperimentele groep: Natoets**

<b>Geleenthede: meer as 5</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	39	86.67	88.64
1	3	6.67	95.45
2	1	2.22	97.73
3	1	2.22	100.00
Totaal	44	97.78	
Ontbrekend	1	2.22	
	45	100.00	

**Tabel 6.23 Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Voortoets**

<b>Geleenthede: meer as 5</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	27	84.38	87.10
1	2	6.25	93.55
5	2	6.25	100.00
Totaal	31	96.88	
Ontbrekend	1	3.13	
	32	100	

**Tabel 6.24 Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Natoets**

<b>Geleenthede: meer as 5</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	28	87.5	87.5
1	2	6.25	93.75
2	1	3.13	96.88
4	1	3.13	100.00
Totaal	32	100	

Wat die totale groep betref, was daar slegs enkele persone wat per geleentheid meer as vyf drankies gedrink het. (Meer as vyf drankies per geleentheid word beskou as oormatige alkoholgebruik: -“binge-drinking”). Daar was min verskil tussen die onderskeie groepe t.o.v. die aantal persone wat hulle skuldig gemaak het aan oormatige alkoholgebruik en ook die aantal geleenthede waarop respondente hulle skuldig gemaak het aan oormatige gebruik.

Opsommenderwys kan gesê word dat respondente nie na die intervensie 'n vermindering in die aantal dae waarop hulle alkohol gebruik, die aantal drankies per geleentheid of die aantal geleenthede waarop hulle meer as vyf drankies neem, getoon het nie. Dit blyk egter uit die resultate dat alkoholgebruik in hierdie groep reeds baie laag is. Dit is moontlik dat daar 'n onderrapportering van alkoholgebruik was. Meer respondente in die eksperimentele groep het na die intervensie te kenne gegee dat hulle wel alkohol gebruik. Dit kan moontlik daaraan toegeskryf word dat matige alkoholgebruik gedurende die intervensie as aanvaarbaar beskryf is en dat meer respondente dus die vrymoedigheid gehad het om te sê dat hulle alkohol gebruik.

In Tabel 6.25 word die tellings wat respondente behaal het op die eerste vraag om hulle kennis van die matige gebruik van alkohol te toets, weergegee. Die vraag het gehandel oor wat as matige alkoholgebruik vir mans en vroue onderskeidelik beskou word.

**Tabel 6.25 Kennis oor matige alkoholgebruik by mans en vroue: Fase 1**

		<b>Eksp : voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>0 Korrekte antwoord</b>	N	31	20	23	24
	Verwagte N	28.64	28.64	20.36	20.36
	% in Fase1	68.89	44.44	71.88	75.00
<b>1 Korrekte antwoord</b>	N	10.00	8.00	7.00	3.00
	Verwagte N	8.18	8.18	5.82	5.82
	% in Fase1	22.22	17.78	21.88	9.38
<b>2 Korrekte antwoorde</b>	N	4.00	17.00	2.00	5.00
	Verwagte N	8.18	8.18	5.82	5.82
	% in Fase1	8.89	37.78	6.25	15.63
<b>Totaal</b>	N	45.00	45.00	32.00	32.00
	Verwagte N	45.00	45.00	32.00	32.00
	% in Fase1	100.00	100.00	100.00	100.00

Nege-en-sestig persent van die eksperimentele groep kon in die voortoets nie 'n korrekte antwoord verskaf op die vraag oor wat as matige alkoholgebruik beskou word nie, teenoor 44% na die intervensie. In die kontrole groep kon 72% aanvanklik geen korrekte antwoord verskaf nie, teenoor 75% na die intervensie. Die grootste verskil was in die aantal respondente wat albei vrae korrek kon beantwoord. In die voortoets kon slegs 9% van respondente albei vrae korrek beantwoord teenoor 38% na die intervensie. In die kontrole groep kon 6% albei vrae korrek beantwoord voor die intervensie teenoor 16% na die intervensie. Die verskille is beduidend ( $X^2=20.07$ , gv.=6,  $p=.005$ ). Daar het dus leer plaasgevind by die eksperimentele groep.

**Tabel 6.26 Kennis oor persone wat nie alkohol behoort te gebruik nie: Fase 1**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>0 Korrekte antwoorde</b>	N	21.00	16.00	10.00	10.00
	Verwagte N	16.66	16.66	11.84	11.84
	% in Fase1	46.67	35.56	31.25	31.25
<b>1 Korrekte antwoord</b>	N	17.00	17.00	18.00	14.00
	Verwagte N	19.29	19.29	13.71	13.71
	% in Fase1	37.78	37.78	56.25	43.75
<b>2 Korrekte antwoorde</b>	N	7.00	11.00	4.00	7.00
	Verwagte N	8.47	8.47	6.03	6.03
	% in Fase1	15.56	24.44	12.50	21.88
<b>3 Korrekte antwoorde</b>	N	0.00	1.00	0.00	1.00
	Verwagte N	0.58	0.58	0.42	0.42
	% in Fase1	0.00	2.22	0.00	3.13
<b>Totaal</b>	N	45.00	45.00	32.00	32.00
	Verwagte N	45.00	45.00	32.00	32.00
	% in Fase1	100.00	100.00	100.00	100.00

In die tweede vraag moes respondente drie groepe mense noem, wat glad nie alkohol behoort te gebruik nie. Die tellings wat die onderskeie groepe behaal het, word in Tabel 6.26 weergegee. Dit blyk dat daar weer leer plaasgevind het by die eksperimentele groep. Sewe-en-veertig persent van die eksperimentele groep het tydens die voortoets geen korrekte antwoord verskaf nie, terwyl 35% tydens die natoets geen korrekte antwoord verskaf het nie. Die aantal persone wat twee korrekte antwoorde gehad het, het ook vermeerder van 16% in die voortoets tot 24% in die natoets. Slegs 1 persoon in die natoets kon drie korrekte antwoorde verskaf. Die kontrole groep het ook tydens die natoets effens beter gevaar. Die verskille vir die eksperimentele groep (Mann Whitney  $U=854$ ,  $N_1=45$ ,  $N_2=45$ ,  $p=.170$ ) en kontrole groep (Mann Whitney  $U=446$ ,  $N_1=32$ ,  $N_2=32$ ,  $p=.500$ ) was egter nie beduidend nie. Aangesien daar selle met 'n verwagte telling van minder as 5 in die kruistabulering was, is die Mann Whitney toets gebruik om beduidendheid te bepaal.

Dit blyk dat respondente in die eksperimentele groep se kennis oor die matige gebruik van alkohol beduidend verbeter het tydens die intervensie.

Respondente se houding teenoor die matige gebruik van alkohol word in Tabel 6.27 weergegee. Voor die intervensie het 43% van die respondente in die eksperimentele groep die matige gebruik van alkohol baie of redelik aanvaarbaar gevind. Na die intervensie het 49% matige gebruik baie of redelik aanvaarbaar gevind. Die verskil is egter nie beduidend

nie ( $U=833.500$ ,  $N_1=42$ ,  $N_2=43$ ,  $p=.514$ ). Daar was geen beduidende verskil in die aantal respondente in die kontrole groep wat matige alkoholgebruik aanvaarbaar gevind het na die intervensie nie ( $U=476$ ,  $N_1=31$ ,  $N_2=32$ ,  $p=.762$ ).

**Tabel 6.27 Matige alkoholgebruik aanvaarbaar: Fase 1**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Baie</b>	N Verwagte N % in Fase1	9 9.08 21.43	8 9.30 18.60	11 6.70 35.48	4 6.92 12.50
<b>Redelik</b>	N Verwagte N % in Fase1	9 8.80 21.43	13 9.01 30.23	1 6.49 3.23	8 6.70 25.00
<b>Min</b>	N Verwagte N % in Fase1	2 3.41 4.76	5 3.49 11.63	1 2.51 3.23	4 2.59 12.50
<b>Glad nie</b>	N Verwagte N % in Fase1	22 20.72 52.38	17 21.21 39.53	18 15.29 58.06	16 15.78 50.00
<b>Totaal</b>	N Verwagte N % in Fase1	42 42.00 100.00	43 43.00 100.00	31 31.00 100.00	32 32.00 100.00

Ag-en-veertig persent van die eksperimentele groep het voor die intervensie aangedui dat matige alkoholgebruik 'n baie of redelike realistiese doelstelling is in die omgewing waar hulle woon (Tabel 6.28). Na die intervensie het 52% matige alkoholgebruik baie of redelik realisties gevind. Die verskille was nie beduidend nie ( $U=879$ ,  $N_1=42$ ,  $N_2=42$ ,  $p=.978$ ). Die kontrole groep het ook nie beduidend verskil nie en het minder verskil as die eksperimentele groep ( $U=486$ ,  $N_1=31$ ,  $N_2=32$ ,  $p=.881$ ).

**Tabel 6.28 Matige alkoholgebruik realisties: Fase 1**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Baie</b>	N	15	12	11	12
	Verwagte N	14.29	14.29	10.54	10.88
	% in Fase1	35.71	28.57	35.48	37.50
<b>Redelik</b>	N	5	10	3	3
	Verwagte N	6.00	6.00	4.43	4.57
	% in Fase1	11.90	23.81	9.68	9.38
<b>Min</b>	N	6	6	2	2
	Verwagte N	4.57	4.57	3.37	3.48
	% in Fase1	14.29	14.29	6.45	6.25
<b>Glad nie</b>	N	16.00	14.00	15.00	15.00
	Verwagte N	17.14	17.14	12.65	13.06
	% in Fase1	38.10	33.33	48.39	46.88
<b>Totaal</b>	N	42	42	31	32
	Verwagte N	42.00	42.00	31.00	32.00
	% in Fase1	100.00	100	100.00	100

Uit Tabel 6.29 kan gesien word dat daar na die intervensie 'n afname was in die aantal persone in albei groepe wat na die intervensie gedink het dat geheelonthouding baie of redelik beter is as matige alkoholgebruik. Die eksperimentele groep het nie 'n beduidende verskil getoon tussen die voortoets en natoets nie ( $U=760$ ,  $N_1=41$ ,  $N_2=42$ ,  $p=.305$ ). Die kontrole groep het wel beduidend verskil op die .05 vlak ( $U=347$ ,  $N_1=31$ ,  $N_2=32$ ,  $p=.020$ ).

**Tabel 6.29 Geheelonthouding beter: Fase 1**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Baie</b>	N	22	19	21	12
	Verwagte N	20.78	21.29	15.71	16.22
	% in Fase1	53.66	45.24	67.74	37.50
<b>Redelik</b>	N	3	1	0	2
	Verwagte N	1.68	1.73	1.27	1.32
	% in Fase1	7.32	2.38	0.00	6.25
<b>Min</b>	N	1	1	1	0
	Verwagte N	0.84	0.86	0.64	0.66
	% in Fase1	2.44	2.38	3.23	0.00
<b>Glad nie</b>	N	15	21	9	18
	Verwagte N	17.69	18.12	13.38	13.81
	% in Fase1	36.59	50.00	29.03	56.25
<b>Totaal</b>	N	41	42	31	32
	Verwagte N	41.00	42.00	31.00	32.00
	% in Fase1	100.00	100.00	100.00	100.00

Wat betref houding teenoor matige alkoholgebruik, kan ter opsomming gesê word dat die intervensie nie 'n effek gehad het op respondente se houding teenoor matige alkoholgebruik nie. Die grootste verskil was t.o.v. die vraag of geheelonthouding beter is as matige alkoholgebruik. Minder persone in albei groepe het na die intervensie gedink dat geheelonthouding redelik of baie beter is as matige alkoholgebruik. Die verskil in die kontrole groep was statisties beduidend. In die intervensie is dit duidelik gemaak dat persone wat geheelonthouers is, nie aangemoedig word om alkohol te gebruik nie. Die stelling dat geheelonthouding beter is, is dus tegnies korrek, maar in hierdie geval is dit gebruik as 'n toets van respondente se houding teenoor matige alkoholgebruik. Die feit dat minder respondente gerapporteer het dat geheelonthouding beter is, word dus beskou as 'n meer positiewe houding teenoor matige gebruik.

### **6.3 Resultate van die tweede studie: lewensvaardighede opleiding**

Die bevindinge van die tweede studie word vervolgens bespreek.

#### **6.3.1 Ouderdom, geslag en taal**

Die ouderdomme van respondente het gestrek vanaf 24 jaar oud tot 62 jaar oud. Die gemiddelde ouderdom van die respondente in die eksperimentele groep was 47 jaar en die van die kontrole groep 45 jaar. Daar was nie 'n beduidende verskil in die ouderdomme van die eksperimentele groep en kontrole groep nie ( $t=1.086$ ,  $gv=80$ ,  $p=.281$ ). Daar was ook nie 'n beduidende verskil in geslag tussen die twee groepe nie ( $X=.06$ ,  $gv.=1$ ,  $p=.806$ ). Daar was 12 mans en 29 vroue in die eksperimentele groep teenoor 11 mans en 30 vroue in die kontrole groep. Al die respondente in die eksperimentele groep was Afrikaanssprekend. In die kontrole groep was 93% Afrikaanssprekend en 7% Xhosa-sprekend.

**Tabel 6.30 Ouderdom van respondente**

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Gem.</b>	<b>Std. Afwyking</b>
<b>Eksperimenteel</b>	41	24	62	46.73	8.33
<b>Kontrole</b>	41	26	60	44.61	9.34

#### **6.3.2 Bywoning van groepe**

In die tweede fase is die sessies aan groepe in twee oggende van 4½ uur elk aangebied. Die bywoning was beter as in die eerste fase, met 'n gemiddelde bywoning van 7 sessies per

groepslid. Vyf-en-dertig persone het al agt sessies bygewoon, terwyl ses persone vier sessies bygewoon het.

### 6.3.3 Oorsig oor funksionering (Comprehensive Personal Functioning Inventory)

Die eksperimentele groep het na die intervensie effens beter gevaar in al die areas van funksionering, maar die verbetering was weereens nie statisties beduidend nie. Die verskillende areas van funksionering word vervolgens in meer detail bespreek.

Die eksperimentele groep het nie statisties beduidend meer verbeter in positiewe funksionering (Tabel 6.31) as die kontrole groep nie ( $t=1.75$ ,  $gv.=80$ ,  $p=.084$ ). Wat betref positiewe funksionering het die groep beweeg uit 'n gebied wat "n behoefte vir verbetering" aandui na 'n gebied wat 'n "waarskuwing aandui dat aandag nodig is". Die kontrole groep het na die intervensie swakker gevaar in positiewe funksionering.

**Tabel 6.31 Gemiddelde verskil in positiewe funksionering: Fase 2**

Groep	N	Voortoets	Natoets	Gem. verskil	Std. Afwyking
Eksp groep	41	81	82	1.90	17.06
Kontrole groep	41	84	79	-4.41	15.56

Hierdie patroon is baie soortgelyk aan die eerste studie se patroon waar die eksperimentele groep in 'n klein mate verbeter het in terme van positiewe funksionering en die kontrolegroep ietwat laer tellings gekry het op die natoets. Die verskille was egter nie statisties beduidend nie.

Die eksperimentele groep en die kontrole groep het albei verbeter wat negatiewe funksioneringsareas betref en daar was geen verskil in die mate waarin hulle verbeter het nie ( $t=.057$ ,  $gv.=80$ ,  $p=.955$ ).

**Tabel 6.32 Verskille in negatiewe funksioneringsareas**

Groep	N	Voortoets	Natoets	Gem.	Std. Afwyking
Eksperimentele groep	41	28	26	-2.46	21.17
Kontrole groep	41	27	24	-2.71	17.46

Die eksperimentele groep het effens beter gevaar in selfpersepsie na die intervensie, terwyl die kontrole groep op dieselfde vlak gefunksioneer het. Die verskille was baie klein en nie statisties beduidend nie ( $t=-.381$ ,  $gv. =80$ ,  $p =.704$ ).

**Tabel 6.33    Verskille in selfpersepsie**

Groep	N	Voortoets	Natoets	Gem.	Std. Afwyking
Eksp. groep	41	24	23	-1.85	22.96
Kontrole groep	41	26	26	-0.12	17.89

Alhoewel die eksperimentele groep se verhoudings verbeter het, terwyl die kontrole groep se verhoudings verswak het (Tabel 6.34), was die verskille ook nie statisties beduidend nie ( $t=.835$ ,  $g.v.=80$ ,  $p=.406$ ).

**Tabel 6.34    Verskille in verhoudinge**

Groep	N	Voortoets	Natoets	Gem.	Std. Afwyking
Eksp. groep	41	74	76	0.80	15.33
Kontrole groep	41	77	76	-2.24	17.64

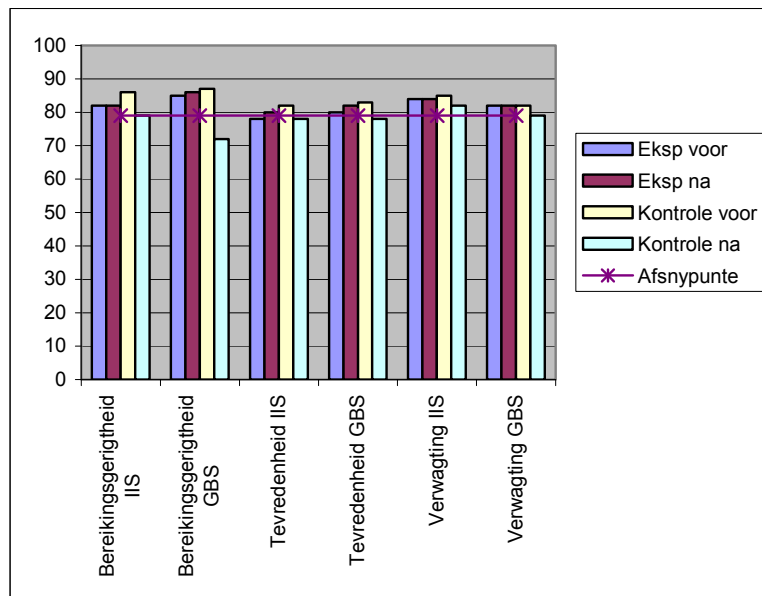
Beide die eksperimentele groep en kontrole groep het na die intervensie meer persone gehad wat volgens die A styl (effektiewe funksionering) gefunksioneer het (sien hoofstuk 5.7.1). Soos blyk uit Tabel 6.35 was daar nie 'n verskil tussen die twee groepe nie.

**Tabel 6.35    Styl van funksionering: Fase 2**

		Eksp: voortoets	Eksp: natoets	Kontrole: voortoets	Kontrole: natoets
<b>A Styl</b>	N	30	33	30	33
	Verwagte N	31.50	31.50	31.50	31.50
	% in Fase2	73.17	80.49	73.17	80.49
<b>B Styl</b>	N	11	8	11	8
	Verwagte N	9.50	9.50	9.50	9.50
	% in Fase2	26.83	19.51	26.83	19.51
<b>Totaal</b>	N	41	41	41	41
	Verwagte N	41.00	41.00	41.00	41.00
	% in Fase2	100.00	100.00	100.00	100.00

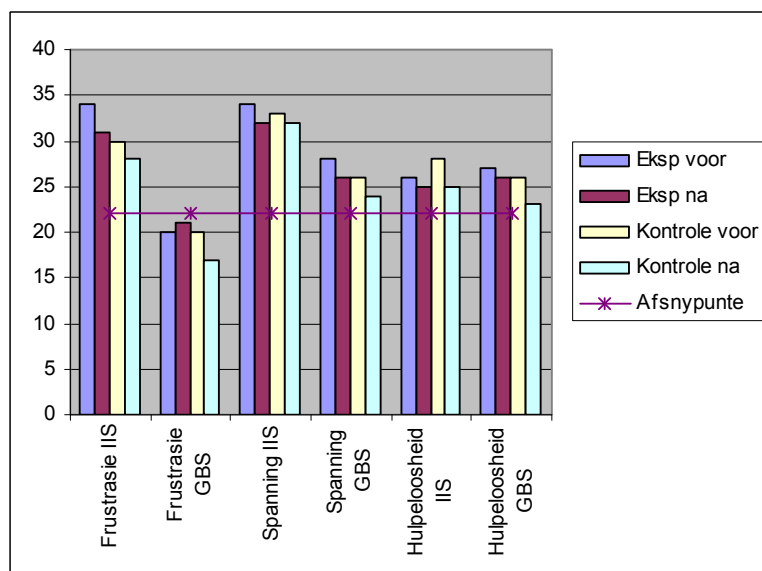
Wat die verdere ontleding van positiewe funksioneringsareas betref (Fig. 6.13), het die eksperimentele groep beter gevaar in die areas van bereikingsgerigtheid (innerlike interaksieskaal) en tevredenheid (innerlike interaksieskaal en gedragsskaal), terwyl hulle in al die ander areas dieselfde vlak van funksionering gehandhaaf het. Die verskille was egter baie klein. Die kontrole groep het swakker gevaar in al die areas van positiewe funksionering tydens die natoets (Fig 6.5).





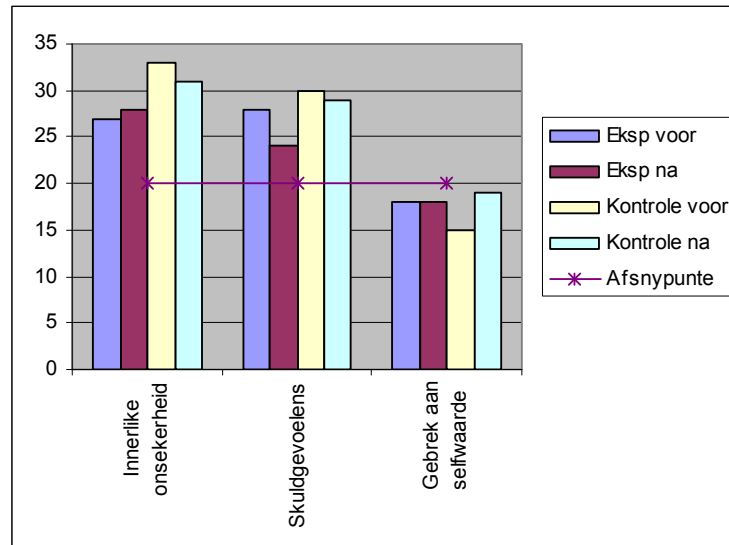
**Fig 6.5 Besonderhede van positiewe funksionering: Fase 2**

Dit is duidelik uit Fig 6.6 dat die eksperimentele groep na die intervensie beter gevaar het in al die skale wat negatiewe funksionering meet, behalwe in frustrasie (gedragskaal). Die kontrole groep het ook beter gevaar in al die skale van negatiewe funksionering. Die verskille was egter baie klein en die kontrole groep het 'n groter verskil gehad as die eksperimentele groep.



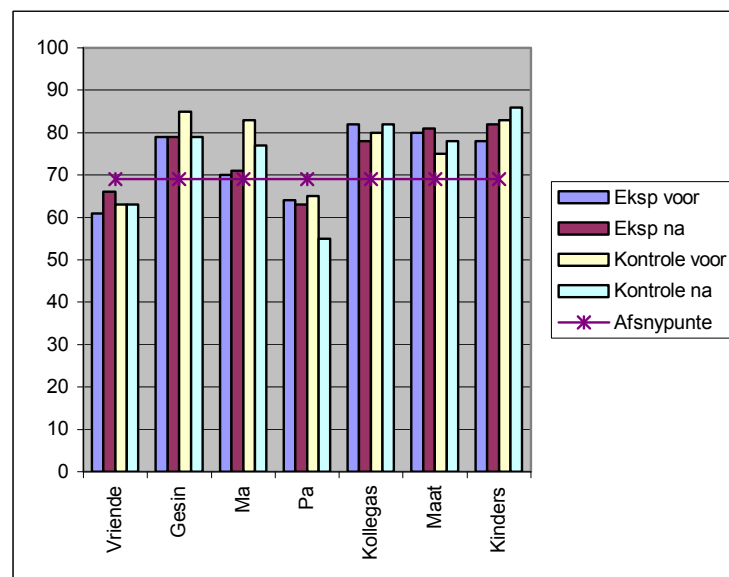
**Fig 6.6 Besonderhede van negatiewe funksionering: Fase 2**

In Fig 6.7 word die metings t.o.v. selfpersepsie vir die eksperimentele groep en kontrole groep weergegee. Albei groepe het slegs optimaal gefunksioneer t.o.v. selfwaarde.



**Fig 6.7 Besonderhede van selfpersepsie: Fase 2**

Soos blyk uit Fig 6.8 was daar nie groot verskille in die verhoudings vóór en ná die intervensie nie. Die verhouding met vriende en vaders was steeds problematies na die intervensie. Dit is opvallend dat die verhouding met vaders in die kontrole groep baie verswak het en ver onder die vlak van optimale funksionering val.



**Fig 6.8 Besonderhede verhoudings: Fase 2**

Al die resultate dui daarop dat die intervensie ook nie in die tweede eksperiment 'n beduidende effek op funksionering gehad het nie.

#### 6.3.4 Alkoholgebruik

Bevindinge i.v.m. alkoholgebruik, kennis van matige gebruik van alkohol en houding teenoor matige gebruik vir die tweede fase word vervolgens weergegee. Daar is weer van vier items gebruik gemaak om alkoholgebruik te meet, nl. ja/nee t.o.v. alkoholgebruik, die aantal dae gedurende die voorafgaande 30 dae waarop respondente alkohol gebruik het, die aantal drankies per geleentheid, en die aantal geleenthede waarop respondente meer as vyf drankies geneem het. Uit Tabel 6.36 kan gesien word dat daar baie min verskil was in gerapporteerde alkoholgebruik voor en na die intervensie. Dit geld vir beide die eksperimentele groep en die kontrole groep. Die verskille was dan ook nie beduidend nie ( $X^2=.445$ ,  $gv.=3$ ,  $p=.931$ ).

**Tabel 6.36 Gerapporteerde alkoholgebruik vóór en ná intervensie: Fase 2**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Gebruik alkohol</b>	N	13	12	12	14
	Verwagte N	12.58	13.60	11.90	12.92
	% in Fase2	35.14	30.00	34.29	36.84
<b>Geen alkohol</b>	N	24	28	23	24
	Verwagte N	24.42	26.40	23.10	25.08
	% in Fase2	64.86	70.00	65.71	63.16
<b>Totaal</b>	N	37	40	35	38
	Verwagte N	37.00	40.00	35.00	38.00
	% in Fase2	100.00	100.00	100.00	100.00

In Tabel 6.37 word die **aantal dae**, gedurende die voorafgaande 30 dae, waarop respondente alkohol gebruik het, weergegee. Slegs die gegewens oor persone wat wel alkohol gebruik, is in tabel 6.37 saamgevat. Daar was weereens nie groot verskille tussen die onderskeie groepe wat betref die gemiddelde aantal dae waarop respondente gedrink het nie. Dit is opmerklik dat die maksimum aantal dae waarop respondente gedrink het, baie meer is as in die eerste studie (28 tot 30 dae). Die gemiddelde aantal dae waarop respondente gedrink het, is ook hoër.

**Tabel 6.37 Aantal dae gedurende voorafgaande 30 dae waarop alkohol gebruik is**

Groep	N	Min.	Maks.	Gem.	Std. Afwyking
Eks voortoets	13	0	30	5.92	8.38
Eksp natoets	11	0	30	6.45	9.68
Kontrole voortoets	12	1	30	6.25	8.51
Kontrole natoets	14	0	28	6.07	7.64

Inligting oor die aantal dae waarop respondente alkohol gebruik het vir die totale groep, word in die verspreidingstabelle, Tabel 6.38, Tabel 6.39, Tabel 6.40 en Tabel 6.41 weergegee.

**Tabel 6.38 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep: Voortoets**

Aantal dae	N	%	Kumulatiewe %
0	27	65.85	72.97
1	2	4.88	78.38
2	1	2.44	81.08
4	2	4.88	86.49
6	2	4.88	91.89
8	1	2.44	94.59
15	1	2.44	97.30
30	1	2.44	100.00
Totaal	37	90.24	
Ontbrekend	4	9.76	
	41	100.00	

**Tabel 6.39 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Eksperimentele groep Natoets**

Aantal dae	N	%	Kumulatiewe %
0	32	78.05	84.21
2	1	2.44	86.84
4	1	2.44	89.47
5	1	2.44	92.11
15	2	4.88	97.37
30	1	2.44	
Totaal	38	92.68	
Ontbrekend	3	7.32	
Totaal	41	100.00	

**Tabel 6.40 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Voortoets**

Aantal dae	N	%	Kumulatiewe %
0	23	56.10	65.71
1	5	12.20	80.00
2	1	2.44	82.86
4	2	4.88	88.57
8	2	4.88	94.29
14	1	2.44	97.14
30	1	2.44	100.00
Totaal	35	85.37	
Ontbrekend	6	14.63	
	41	100	

**Tabel 6.41 Aantal dae waarop alkohol gebruik is: Kontrole groep: Natoets**

Aantal dae	N	%	Kumulatiewe %
0	26	63.41	68.42
1	2	4.88	73.68
2	2	4.88	78.95
3	1	2.44	81.58
4	1	2.44	84.21
6	1	2.44	86.84
8	2	4.88	92.11
10	1	2.44	94.74
14	1	2.44	97.37
28	1	2.44	100.00
Totaal	38	92.68	
Ontbrekend	3	7.32	
	41	100	

Wat die groep as geheel betref was daar ook nie groot verskille tussen die groepe t.o.v. die aantal dae waarop respondente alkohol gedrink het nie. In al die groepe was daar minstens een persoon wat feitlik elke dag van die voorafgaande maand gedrink het.

Soos blyk uit Tabel 6.42 het die maksimum **aantal drankies** wat 'n respondent geneem het in die eksperimentele groep met die helfte verminder, terwyl maksimum getal drankies in die kontrole groep vermeerder het. Tabel 6.42 rapporteer slegs die gebruik van alkohol deur respondente wat wel drink. Die eksperimentele groep het ook die gemiddelde aantal drankies verminder van 4.09 tot 3 per respondent. Dit is belangrik, aangesien drie drankies per geleentheid as matige gebruik beskryf is (vir mans). Vir vroue is 2 drankies per

geleentheid beskryf as matige gebruik. Die verskil tussen die groepe was egter nie statisties beduidend nie ( $F=.64$ ,  $p= 0.718$ ).

**Tabel 6.42 Aantal drankies wat respondente per geleentheid neem**

Groep	N	Min	Maks	Gem.	Std. Afwyking
Eksp. voortoets	11	1	12	4.09	3.53
Eksp natoets	10	0	6	3.00	2.21
Kontrole voortoets	12	1	9	4.17	2.82
Kontrole natoets	14	0	12	3.71	3.93

**Tabel 6.43 Verskil in aantal drankies**

	Som van kwadrate	Gv.	Gem. kwadrate	F	p
Tussen groep	37.46	7.00	5.35	0.64	0.718
Binne groepe	673.10	81.00	8.31		
Totaal	710.56	88.00			

Inligting oor die aantal drankies wat respondente per geleentheid gebruik vir die totale groep, word in die verspreidingstabelle, Tabel 6.44, Tabel 6.45, Tabel 6.46 en Tabel 6.47 weergegee.

**Tabel 6.44 Aantal drankies per geleentheid: Eksperimentele groep: Voortoets**

Aantal drankies	N	%	Kumulatiewe %
0	24	58.54	68.57
1	2	4.88	74.29
2	3	7.32	82.86
3	2	4.88	88.57
4	1	2.44	91.43
6	1	2.44	94.29
9	1	2.44	97.14
12	1	2.44	100.00
Totaal	35	85.37	
Ontbrekend	6	14.63	
Totaal	41	100.00	

**Tabel 6.45 Aantal drankies per gelegenheid: Eksperimentele groep: Natoets**

Aantal drankies	N	%	Kumulatiewe %
0	28	68.29	75.68
1	3	7.32	83.78
3	2	4.88	89.19
4	1	2.44	91.89
5	1	2.44	94.59
6	2	4.88	100.00
Totaal	37	90.24	
Ontbrekend	4	9.76	
Totaal	41	100	

**Tabel 6.46 Aantal drankies per gelegenheid: Kontrole groep: Voortoets**

Aantal drankies	N	%	Kumulatiewe %
0	22	53.66	62.86
1	3	7.32	71.43
2	2	4.88	77.14
3	1	2.44	80.00
4	2	4.88	85.71
6	3	7.32	94.29
8	1	2.44	97.14
9	1	2.44	100.00
Totaal	35	85.37	
Ontbrekend	6	14.63	
	41	100.00	

**Tabel 6.47 Aantal drankies per gelegenheid: Kontrole groep: Natoets**

Aantal drankies	N	%	Kumulatiewe %
0	24	58.54	63.16
1	5	12.20	76.32
2	4	9.76	86.84
4	1	2.44	89.47
6	1	2.44	92.11
9	1	2.44	94.74
10	1	2.44	97.37
12	1	2.44	100.00
Totaal	38	92.68	
Ontbrekend	3	7.32	
Totaal	41	100.00	

Wat die totale groep betref, het respondente in die eksperimentele groep laer gebruik gerapporteer na die intervensie. Die getalle is egter baie klein en dit was slegs twee respondente wat die aantal drankies wat hulle per geleentheid geneem het, verminder het.

In Tabel 6.48 word die aantal geleenthede waarop respondente wat alkohol gebruik, **meer as 5 drankies** geneem het weergegee. Die onderskeie groepe het min verskil t.o.v. die aantal geleenthede waarop meer as 5 drankies geneem is. In die eksperimentele groep was daar egter een respondent wat na die intervensie te kenne gegee het dat hy/sy by 20 geleenthede meer as vyf drankies geneem het.

**Tabel 6.48 Aantal geleenthede waarop respondente meer as 5 drankies geneem het**

Groepe	N	Min	Maks	Gem.	Std.Afwyking
Eksp voortoets	12	0	9	2.25	2.60
Eksp natoets	12	0	20	3.08	5.57
Kontrole voortoets	9	0	8	2.56	2.83
Kontrole natoets	14	0	7	2.29	2.16

Die aantal geleenthede waartydens respondente in die onderskeie groepe meer as vyf drankies geneem het, word in die verspreidingstabelle (Tabel 6.49 tot Tabel 6.52) weergegee.

**Tabel 6.49 Aantal geleenthede meer as 5 drankies:  
Eksperimentele groep: Voortoets**

Geleenthede: meer as 5	N	%	Kumulatiewe %
0	28	68.29	77.78
1	1	2.44	80.56
2	3	7.32	88.89
3	1	2.44	91.67
4	2	4.88	97.22
9	1	2.44	100.00
Totaal	36	87.80	
Ontbrekend	5	12.20	
Totaal	41	100	



**Tabel 6.50 Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Eksperimentele groep: Natoets**

<b>Geleenthede: meer as 5</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	31	75.61	79.49
1	2	4.88	84.62
2	3	7.32	92.31
4	1	2.44	94.87
5	1	2.44	97.44
20	1	2.44	100.00
Totaal	39	95.12	
Ontbrekend	2	4.88	
Totaal	41	100	

**Tabel 6.51 Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Voortoets**

<b>Geleenthede: meer as 5</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	26	63.41	81.25
1	2	4.88	87.50
4	2	4.88	93.75
5	1	2.44	96.88
8	1	2.44	100.00
Totaal	32	78.05	
Ontbrekend	9	21.95	
	41	100	

**Tabel 6.52 Aantal geleenthede meer as 5 drankies: Kontrole groep: Natoets**

<b>Geleenthede: meer as 5</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
0	28	68.29	73.68
1	2	4.88	78.95
2	2	4.88	84.21
3	2	4.88	89.47
4	2	4.88	94.74
5	1	2.44	97.37
7	1	2.44	100.00
Totaal	38	92.68	
Ontbrekend	3	7.32	
	41	100	

Wat die totale groep betref, was daar nie groot verskille in die aantal geleenthede waartydens respondente meer as vyf drankies geneem het nie. In elke groep was daar egter 'n aantal persone wat hulle aan oormatige alkoholgebruik skuldig gemaak het. Die

intervensie het geen verskil gemaak aan die aantal geleenthede waartydens respondente gerapporteer het dat hulle meer as vyf drankies per geleentheid gedrink het nie.

Ter opsomming blyk dit dat respondente in die eksperimentele groep wel die aantal drankies wat hulle per geleentheid neem, na die intervensie verminder het. Die getalle is egter baie klein en die afleiding moet omsigtig hanteer word. Alkoholgebruik was 'n groter probleem in die tweede studiegroep as in die eerste. Die gemiddelde aantal dae waarop respondente alkohol geneem het, die gemiddelde aantal drankies per geleentheid en die aantal geleenthede waartydens meer as vyf drankies geneem is, was groter in die tweede studie as in die eerste. Dit kan moontlik daaraan toegeskryf word dat daar beduidend meer mans in die tweede studie was as in die eerste studie ( $X^2=17.39$ ,  $g.v.=3$ ,  $p=.001$ ).

In Tabel 6.53 word die tellings wat respondente behaal het op die eerste vraag om hulle kennis van die matige gebruik van alkohol te toets, weergegee. Die vraag het gehandel oor wat as matige alkoholgebruik vir mans en vroue onderskeidelik beskou word.

**Tabel 6.53 Kennis oor matige alkoholgebruik by mans en vroue: Fase 2**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>0 Korrekte Antwoorde</b>	N	31	20	26	30
	Verwagte N	26.39	28.53	24.97	27.11
	% in Fase2	83.78	50.00	74.29	78.95
<b>1 Korrekte Antwoorde</b>	N	5	7	9	7
	Verwagte N	6.91	7.47	6.53	7.09
	% in Fase2	13.51	17.50	25.71	18.42
<b>2 Korrekte Antwoorde</b>	N	1	13	0	1
	Verwagte N	3.70	4.00	3.50	3.80
	% in Fase2	2.70	32.50	0.00	2.63
<b>Totaal</b>	N	37.00	40.00	35.00	38.00
	Verwagte N	37.00	40.00	35.00	38.00
	% in Fase2	100.00	100.00	100.00	100.00

Dit is duidelik uit die bevindinge in Tabel 6.53 dat die eksperimentele groep baatgevind het by die intervensie wat betref kennis oor matige alkoholgebruik. Na die intervensie het minder lede van die eksperimentele groep verkeerde antwoorde gegee (van 84% na 50% verkeerde antwoorde). Statisties beduidend meer lede van die groep het of een of albei korrekte antwoorde na die intervensie kon gee (getal respondente wat 2 korrekte antwoorde gegee het in die eksperimentele groep het verhoog van 3% na 33%). Wat die kontrolegroep betref,

is dit duidelik dat kennis (of eerder “onkunde”) rondom matige alkoholgebruik die werklikheid is.

**Tabel 6.54 Kennis oor persone wat nie alkohol behoort te gebruik nie: Fase 2**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>0 Korrek</b>	N	9	5	11	14
	Verwagte N	9.62	10.4	9.1	9.88
	% in Fase2	24.32	12.5	31.43	36.84
<b>1 Korrek</b>	N	20	14	15	14
	Verwagte N	15.54	16.8	14.70	15.96
	% in Fase2	54.05	35	42.86	36.84
<b>2 Korrek</b>	N	8	20	9	10
	Verwagte N	11.59	12.53	10.97	11.91
	% in Fase2	21.62	50.00	25.71	26.32
<b>3 Korrek</b>	N	0	1	0	0
	Verwagte N	0.25	0.27	0.23	0.25
	% in Fase2	0.00	2.50	0.00	0.00
<b>Totaal</b>	N	37	40	35	38
	Verwagte N	37.00	40.00	35.00	38.00
	% in Fase2	100.00	100.00	100.00	100.00

In die tweede vraag moes respondente drie groepe mense noem, wat glad nie alkohol behoort te gebruik nie. Die tellings wat die onderskeie groepe behaal het, word in Tabel 6.54 weergegee. Dit blyk dat daar weer leer plaasgevind het by die eksperimentele groep. Vier-en-twintig persent van die eksperimentele groep het tydens die voortoets geen korrekte antwoord verskaf nie, terwyl slegs dertien persent tydens die natoets geen korrekte antwoord verskaf het nie. Baie meer persone in die eksperimentele groep kon na die intervensie twee korrekte antwoorde verskaf (Vyftig persent teenoor twee-en-twintig persent). Die verskille was beduidend op die .05 vlak. ( $U=494.5$ ,  $N_1=37$ ,  $N_2=40$ ,  $p=.007$ ). Die kontrole groep het geen verbetering getoon nie.

Respondente se houding teenoor die matige gebruik van alkohol word in Tabel 6.55 weergegee. Meer respondente in die eksperimentele groep het na die intervensie aangedui dat hulle matige alkoholgebruik aanvaarbaar vind (48% teenoor 39%,) terwyl ‘n kleiner persentasie van die kontrole groep (39% teenoor 49%) matige alkoholgebruik aanvaarbaar gevind het. Die verskille was egter nie beduidend nie ( $U=689$ ,  $N_1=36$ ,  $N_2=40$ ,  $p=.719$ ).

**Tabel 6.55 Matige alkoholgebruik aanvaarbaar: Fase 2**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Baie</b>	N	11	12	9	9
	Verwagte N	10.11	11.23	8.99	10.67
	% in Fase2	30.56	30.00	28.13	23.68
<b>Redelik</b>	N	3	7	6	6
	Verwagte N	5.42	6.03	4.82	5.73
	% in Fase2	8.33	17.50	18.75	15.79
<b>Min</b>	N	1	0	6	1
	Verwagte N	1.97	2.19	1.75	2.08
	% in Fase2	2.78	0.00	18.75	2.63
<b>Glad nie</b>	N	21	21	11	22
	Verwagte N	18.49	20.55	16.44	19.52
	% in Fase2	58.33	52.50	34.38	57.89
<b>Totaal</b>	N	36	40	32	38
	Verwagte N	36.00	40.00	32.00	38.00
	% in Fase2	100.00	100.00	100.00	100.00

'n Kleiner persentasie persone in die eksperimentele groep het na die intervensie aangedui dat matige alkoholgebruik 'n baie of redelike realistiese doelstelling is in die omgewing waar hulle woon (32% teenoor 44%). Die verskille was nie beduidend nie ( $U=656$ ,  $N_1=36$ ,  $N_2=40$ ,  $p=.467$ ). Die kontrole groep (44% teenoor 51%) het ook nie beduidend verskil nie ( $U=563.5$ ,  $N_1=33$ ,  $N_2=38$ ,  $p=.427$ ). Dit is duidelik uit hierdie resultate dat die intervensie geen impak gehad het op die eksperimentele groep se houdings rondom matige alkoholgebruik nie. In beide groepe het eweveel respondente aangedui dat hulle dink dat matige alkoholgebruik 'n baie of redelik realistiese opsie in hul omgewing is (ongeveer 30 -40%).

**Tabel 6. 56 Matige alkoholgebruik realisties: Fase 2**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Baie</b>	N	10	8	13	17
	Verwagte N	11.76	13.06	10.78	12.41
	% in Fase2	27.78	20.00	39.39	44.74
<b>Redelik</b>	N	6	5	4	0
	Verwagte N	3.67	4.08	3.37	3.88
	% in Fase2	16.67	12.50	12.12	0.00
<b>Min</b>	N	2	5	6	1
	Verwagte N	3.43	3.81	3.14	3.62
	% in Fase2	5.56	12.50	18.18	2.63
<b>Glad nie</b>	N	18	22	10	20
	Verwagte N	17.14	19.05	15.71	18.10
	% in Fase2	50.00	55.00	30.30	52.63
<b>Totaal</b>	N	36	40	33	38
	Verwagte N	36.00	40.00	33.00	38.00
	% in Fase2	100.00	100.00	100.00	100.00

Uit Tabel 6.56 kan gesien word dat daar nie 'n beduidende verskil was in die persentasie respondente van die eksperimentele groep wat na die intervensie gedink het dat geheelonthouding baie of redelik beter is as matige alkoholgebruik nie ( $U=717$ ,  $N_1=36$ ,  $N_2=40$ ,  $p=.972$ ). In die kontrole groep was ook geen beduidende verskil nie ( $U=547$ ,  $N_1=33$ ,  $N_2=38$ ,  $p=.315$ ).

**Tabel 6.57 Geheelonthouding beter: Fase 2**

		<b>Eksp: voortoets</b>	<b>Eksp: natoets</b>	<b>Kontrole: voortoets</b>	<b>Kontrole: natoets</b>
<b>Baie</b>	N	16	18	15	15
	Verwagte N	15.67	17.41	14.37	16.54
	% in Fase2	44.44	45.00	45.45	39.47
<b>Redelik</b>	N	1	2	4	2
	Verwagte N	2.20	2.45	2.02	2.33
	% in Fase2	2.78	5.00	12.12	5.26
<b>Min</b>	N	1	0	2	1
	Verwagte N	0.98	1.09	0.90	1.03
	% in Fase2	2.78	0.00	6.06	2.63
<b>Glad nie</b>	N	18	20	12	20
	Verwagte N	17.14	19.05	15.71	18.10
	% in Fase2	50.00	50.00	36.36	52.63
<b>Totaal</b>	N	36	40	33	38
	Verwagte N	36.00	40.00	33.00	38.00
	% in Fase2	100.00	100	100.00	100.00

Dit blyk uit Tabel 6.57 dat die eksperimentele groep se houding teenoor die matige gebruik van alkohol nie verander het na die intervensie nie. Ongeveer 50% in elke groep het gedink dat geheelonthouding beter is as matige alkoholgebruik. Dit beteken egter dat matige alkoholgebruik vir ten minste 50% van die studiegroep aanvaarbaar is, terwyl groeplede hulle sterk uitgespreek het teen matige gebruik tydens die fokusgroepbesprekings wat gehou is as deel van die behoeftebepaling. Die fokusgroepbesprekings oor hierdie aangeleentheid word in hoofstuk 4.12.4 meer volledig bespreek.

#### 6.4 Samevatting van die resultate van die kwantitatiewe studie

Alhoewel die eksperimentele groep in albei studies 'n verbetering getoon het in psigososiale funksionering teenoor die kontrolegroep en alhoewel die verbetering volgehou is oor alle areas van funksionering, was die verskille in funksionering nie beduidend nie. Die intervensie het dus nie 'n effek gehad op die psigo-sosiale funksionering van die teikengroep nie. In beide studies het respondente selfs na die intervensie nie optimaal funksioneer wat spanning, frustrasie en hulpeloosheid betref nie. Ook wat betref selfpersepsie (veral innerlike onsekerheid en skuldgevoelens) het respondente steeds probleme ondervind. Dit is duidelik dat respondente baie spanning, frustrasie en gevoelens van hulpeloosheid ervaar. Hierdie bevindinge bevestig die aanvanklike programteorie dat respondente alkohol misbruik omdat hulle probleme ervaar wat hulle nie suksesvol hanteer nie.

Beide groepe se verhouding met hulle vader was die mees problematiese verhouding. Die feit dat respondente die verhouding met hulle vaders so negatief beleef, dui op die belangrikheid daarvan om die rol van die vader te bespreek in lewensvaardighede kursusse.

Die intervensie het nie 'n effek gehad op **alkoholgebruik** nie. Daar was geen beduidende verskil tussen die voortoets en natoets in die aantal persone wat alkohol gebruik in enige van die studies nie. In die eerste studie was daar meer persone wat na die intervensie aangedui het dat hulle wel alkohol gebruik. Dit kan moontlik toegeskryf word daaraan dat matige alkoholgebruik as aanvaarbaar beskryf is en dat meer persone dus bereid was om te erken dat hulle wel alkohol gebruik. Die eksperimentele groep en kontrole groep het nie verskil na die intervensie t.o.v. die aantal drankies wat respondente gedurende die voorafgaande 30 dae geneem het, die aantal drankies per geleentheid of die aantal geleenthede waarop hulle meer as vyf drankies per geleentheid geneem het nie.

Daar was 'n beduidende verbetering in die eksperimentele groep se **kennis van matige alkoholgebruik** na die intervensie in albei studies. Die kontrolegroep se kennis van matige

alkoholgebruik het nie beduidend toegeneem nie. Respondente se **houding teenoor matige alkoholgebruik** het nie beduidend verskil na die intervensie nie.

## 6.5 Resultate van die ontleding van deelnemers se evaluering

Ten einde beter begrip te vorm van die uitkoms van die lewensvaardighedeprogram, is besluit om 'n kwalitatiewe element by die evaluering te voeg. Die doel van hierdie deel van die evaluering was om die waarde en ervaring van die kursus vanuit die deelnemers se perspektief te beskryf. Die kwalitatiewe analise sou ook kon lig werp op die resultate van die kwantitatiewe studie.

Deelnemers aan die program het **na afloop van elke sessie** 'n vraelys met drie gestandaardiseerde oop vrae beantwoord, nl.:

- Wat het ek vandag geleer?
- Wat kon ek gedurende die afgelope week toepas wat ek al vroeër uit die kursus geleer het?
- Watter verskil het die kursus tot dusver in my lewe gemaak?

Die navorser het die response op die vrae oorgeskryf in tabelle waarin elke groepslid se response op al drie vrae weergegee is. Vervolgens is 'n inhoudanalise van die response gedoen. Patton (2002, p. 453) beskryf dié metode van analise soos volg: "More generally, however, content analysis is used to refer to any qualitative data reduction and sense-making effort that takes a volume of qualitative material and attempts to identify core consistencies and meanings". In die ontleding van die response is daar egter nie uitsluitlik van kwalitatiewe metodes gebruik gemaak nie, maar kwantitatiewe metodes is ook gebruik. Die response is bv. getel om te bepaal of die deelnemers begrip getoon het van die inhoud van die aanbiedinge. Die rede hiervoor is dat deelnemers nie ryk beskrywings van hulle ondervindinge verskaf het nie en dat die beskikbare materiaal op 'n sinvolle wyse ontleed moes word. Patton sê hiervan: "Borrowing and combining distinct elements from pure or coherent methodological strategies can generate creative mixed inquiry strategies that illustrate variations on the theme of triangulation" (Patton, 2002, p. 248). Dit word vandag wyd aanvaar dat verskillende tipe data (kwalitatief of kwantitatief) en verskillende metodes van analise (statistiese analise of analise van inhoud) in sodanige ontledings gekombineer kan word.

### 6.5.1 Begrip van die inhoud van die program (eerste studie)

In die eerste studie het groeplede agt weeklikse sessies van een uur elk bygewoon. Sewe-en-sewentig persone het deelgeneem aan hierdie studie. Met die aanvanklike lees van die response op die eerste vraag, nl. *Wat het ek vandag geleer?*, was dit duidelik dat daar groot verskille was in die wyse waarop groeplede reageer het. Sommige groeplede se styl en die inhoud van die response het getoon dat die materiaal moontlik nie vir almal ewe toeganklik was nie. 'n Analise is dus gemaak van die response van deelnemers op die eerste vraag om te bepaal of deelnemers die inhoud van die program verstaan het. Om die betroubaarheid van die resultate te verbeter, het twee aanbieders van die program die response onafhanklik gekategoriseer. Die kategorisering is bespreek en waar daar verskille voorgekom het is gesamentlik besluit op 'n kategorie. Die resultate is in Tabel 6.58 opgesom. In die eerste kategorie noem die respondent slegs die onderwerp wat behandel is, in antwoord op die vraag: *Wat het ek vandag geleer?* In die tweede kategorie dui die respondent se antwoord dat hy/sy oor insig beskik of dat hy/sy die materiaal op homself/haarself van toepassing maak. Antwoorde wat nie verbandhou met die materiaal wat aangebied is nie, is in die derde kategorie geplaas.

Voorbeelde van response uit die eerste kategorie, (Onderwerp net genoem) is die volgende:

- *Doelwitte vanaf die verlede tot nou.*
- *Hoe om te kommunikeer met ander mense en hoe jou gesindheid met ander mense....*
- *Ek het geleer hoe om konflik te hanteer, hoe om 'n probleem aan te spreek.*

Voorbeelde uit die tweede kategorie (Toon insig):

- *Vandag het ek geleer hoe om my begroting op te stel en hoe om daarmee saam te leef. Wat goed is, is dat ek my geldsake saam met my vrou kan bespreek en hoedat ons dit kan maak werk.*
- *I learn about the limits of using the alcohol. That the best thing is not drink at all or take it slow. 3 drinks per day.*
- *Ek het geleer dat ek my probleem kan oplos deur daaroor te praat en alternatiewe te vind.*



Voorbeelde uit die derde kategorie (nie toepaslik):

- *Dit wat ek vandag geleer het was baie belangrik. Ek het dit baie geniet.*
- *Beter kennis opgedoen uit die groep en is baie geïnspireerd. Baie ondervinding opgedoen.*
- *Ek het vandag geleer hoe om meer passief, aggressief en assertief teenoor my medemens te wees.*

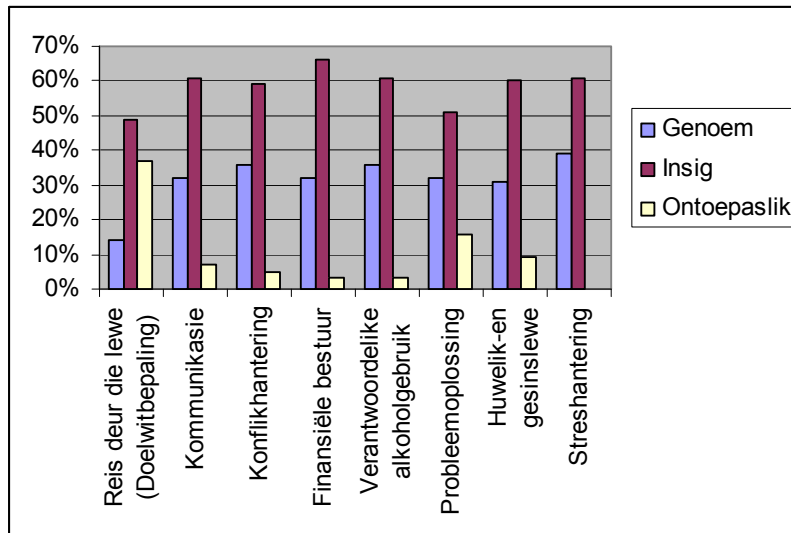
Dit blyk uit Tabel 6.58 dat 58% van die response gedui het daarop dat groeplede wel insig verwerf het in die materiaal wat aangebied is en dit kon verstaan. Tien persent van die response was ontoepaslik terwyl 32% van die response net die onderwerp genoem het en nie getoon het dat respondente insig in die materiaal het nie. Die meeste respondente het dus getoon dat hulle die inhoud van die kursus kon verstaan. 'n Groot groep (32%) kon egter net die inhoud noem en het nie verder uitgebrei op wat hulle geleer het nie. Dit is moontlik dat hierdie lede nie soveel begrip van die inhoud opgedoen het dat hulle dit op hulle lewe van toepassing sou kon maak nie. Die totale aantal response wat verkry is (291), is van al die respondente oor die verloop van sewe sessies.

**Tabel 6.58 Begrip van inhoud van program**

Onderwerp	Genoem		Insig		Ontoepaslik		Totaal
Reis deur die lewe (Doelwitbepaling)	5	14%	17	49%	13	37%	35
Kommunikasie	13	32%	25	61%	3	7%	41
Konflikhantering	14	36%	23	59%	2	5%	39
Begroting	12	32%	25	66%	1	3%	38
Verantwoordelike alkoholgebruik	12	36%	20	61%	1	3%	33
Probleemoplossing	12	32%	19	51%	6	16%	37
Huwelik-en gesinslewe	11	31%	21	60%	3	9%	35
Streshantering	13	39%	20	61%	0	0%	33
<b>Totaal</b>	<b>92</b>	<b>32%</b>	<b>170</b>	<b>58%</b>	<b>29</b>	<b>10%</b>	<b>291</b>

Figuur 6.9 gee 'n duideliker beeld van die relatiewe sukses van die onderskeie sessies. Dit is duidelik dat die eerste sessie (Ons reis deur die lewe) gekenmerk is deur die hoogste aantal ontoepaslike response. Verskeie van hierdie response het egter gehandel oor

kommunikasie met ander persone en dat dit goed was om met ander persone te kommunikeer en hulle te leer ken. Aangesien dit die eerste groep van die reeks was, en die sessie ook ten doel gehad het om groeplede aan mekaar bekend te stel, is die response nie werklik ontoepaslik nie. Die lae persentasie ontoepaslike response dui daarop dat respondente die inhoud van die kursus kon verstaan. Die relatief hoë persentasie response wat net die onderwerp noem, dui egter daarop dat insig beperk is.



**Fig 6.9 Begrip van inhoud van kursus.**

### 6.5.2 Oordrag van vaardighede na alledaagse lewe (eerste kursus)

Die tweede vraag wat groeplede moes beantwoord, was: *Wat kon ek die afgelope week toepas wat ek al voorheen uit die kursus geleer het?* Enkele respondente kon voorbeelde noem van hoe hulle wat hulle geleer het prakties kon toepas, bv.:

- *Ek kon weer tyd met my gesinslede spandeer. Kon weer die begroting in oënskou neem en veranderinge gemaak het wat die gesin pas.*
- *Ek kon meer assertief wees as ek met my kinders praat oor 'n probleem.*
- *Ek het met die kinders by die huis so onderons gehad en 'n bietjie met hulle gesels en dit toegepas wat ek geleer het. Ons het 'n bietjie ook godsdienstig gehad en oor alles gesels, bv. geloof.*
- *Om verskoning te vra waar ek die persoon beveel het, nie gevra het om die plig te doen nie. (En hy was baie opvlieënd).*
- *Dat ek my seuntjie kon prys en luister na wat hy vertel as hy van die skool af kom.*

- *Ek het geleer hoe om met my finansies te werk. Ek het hierdie maand baie mooi met my finansies gewerk. Ek het ook niks op losbandigheid spandeer nie.*
- *By vorige kursus het ek tot myself gekom en my doelwitte gestel vir wat ek wil bereik.*
- *Die “ek” boodskap kon ek toepas met my seun. Sy skoolverslag was swak. Ek kon vir hom sê dat ek ongelukkig is en hy het verstaan dat hy verantwoordelik is vir die tyd saam en in die klas met sy opvoeder.*

Die meeste respondente het egter nie die vraag oor wat hulle die afgelope week kon toepas, korrek beantwoord nie en weer die inhoud weergegee van wat hulle geleer het. Dit is 'n tekortkoming aangesien hierdie vraag groeplede in staat stel om wat hulle geleer het oor te dra na hulle alledaagse lewe. Dit sou meer waarde hê om die vraag aan die begin van elke daaropvolgende sessie te bespreek in groepsverband. Baie groeplede het egter aangedui dat hulle wat hulle geleer het met kollegas, familie en vriende bespreek het. Voorts was 'n deurlopende tema ook dat groeplede geleer het om kalmer op te tree en selfbeheersing toe te pas. Response soos 'bespreek eers die saak', 'nie halsoorkop te raak nie, eers goed te luister voor ek antwoord', 'meer geduldig op te tree', 'om rustig 'n probleem te bedink en dan rustig 'n besluit te neem', 'selfbeheersing en kommunikasie-mense met respek hanteer', illustreer hierdie tema.

### **6.5.3 Betekenis van die kursus in respondente se lewe (eerste kursus)**

Die derde vraag het gehandel oor die verskil wat die kursus (tot dusver) in groeplede se lewe veroorsaak het. Die meeste groeplede het aangedui dat hulle baie geleer het uit die kursus en dat die materiaal vir hulle nuut was:

- *'n Groot verandering. Dit is hoekom ek altyd die kursus bywoon, want by ons wonings is dit altyd probleme wat ons nie kan oplos nie. Maar nou leer ek selfs om dit toe te pas.*
- *Ek het dinge gehoor wat ek nie verstaan het nie. Selfs ek en my eggenote moet saam begroting aanpak en selfs ander se opinies na geluister.*
- *Die kursus het tot dusver my baie gehelp en ek kon baie dinge by my huis regstel. 'n Beter manier om met my kinders te gesels en hoe, soms ook in my skuld geval.*
- *Dit het my baie geleer hoe om ander mense te verstaan. Ek voel ook openhartig om met ander te praat. Die kursus is lewensverrykend.*

- *Ek het geleer jy moet praat oor jou probleem met almal wat betrokke is en kyk of julle nie gesamentlik 'n oplossing kan kry wat vir almal sal pas.*
- *Dat daar opsies en alternatiewe is om konflik te hanteer. Om die probleem aan te spreek en nie die persoon nie.*
- *Ek het vandag geleer dat 'n mens kan uitkom met jou geld as jy 'n begroting opstel en minder skuld maak, ook dat ek kan spaar en nie bo my inkomste lewe nie.*

Dit blyk uit bg. voorbeelde dat verskillende onderwerpe vir verskillende persone belangrik was. Sommige het gesê dat hulle baie geleer het van kommunikasie, terwyl ander probleemoplossing of die hantering van finansies genoem het. 'n Interessante tema was dat baie respondente genoem het dat hulle meer positief was na afloop van die kursus. Dit kan daarop dui dat lede minder frustrasie ervaar. Respondente het self die woord positief gebruik, terwyl dit nie 'n direkte onderwerp van bespreking in die kursus was nie. Dit sluit aan by die kwantitatiewe evaluering, waar bevind is dat daar 'n klein verbetering was in positiewe funksionering. Respondente het onder ander gesê:

- *Sien meer positief in die lewe. Aanvaar negatiewe mense en help meer om persone tot ander insigte te bring om ook positief te lewe.*
- *My meer gemotiveer om meer positief te dink en op te tree.*
- *Ek is baie meer positief in dinge wat ek doen en sê. Ek kan nie wag vir volgende week om weer iets nuuts te leer.*
- *Om meer positief op die lewe te kan sien en dinge beter te kan hanteer en sake gouer te kan oplos.*
- *Regtig 'n groot verskil in my optrede en om sake te hanteer kan nou meer op 'n positiewe manier gedoen word.*
- *It makes me feel good and start a good life for myself, because I also fall under those who drink.*
- *Om altyd positief te bly en reageer.*
- *My verhouding en sommer my lewe te verbeter.*
- *The group so far is very interesting. It gives me hope to improve my mistakes.*

Soos in die vorige afdeling waar respondente moes aandui wat hulle kon toepas van wat hulle tevore in die kursus geleer het, het respondente weer aangetoon dat hulle geleer het

om meer beheersd in hulle optrede te wees. Die woorde wat dikwels gebruik is, is 'rustig' en 'kalm'. Dit wil voorkom asof hulle die terme veral gebruik met betrekking tot die manier waarop hulle met ander kommunikeer:

- *Om rustig te wees en te luister.*
- *Om meer kalm op te tree ingeval daar 'n probleem by die huis en werk ontstaan en hoe om dit te hanteer.*
- *Om my rustig te maak en eers te dink voor ek reageer op gebeure.*
- *Ek is baie meer selfbeheersd in dinge wat ek doen en sê.*
- *My geleer om baie geduldig te wees en goed te luister voordat ek kommentaar lewer. En nie onnodig konflik aan te moedig nie.*
- *Kursus het my baie rustig gemaak en laat besef dat om rustig besluite te neem ander mense ook meer luister wat ek sê.*
- *Ek is baie meer verdraagsamer en bedagsamer.*
- *Die kursus bring 'n kalmte in my gemoed.*

#### **6.5.4 Begrip van die inhoud van die program (tweede kursus)**

In die tweede studie het groeplede twee sessies bygewoon wat vier-en-'n halwe uur elk geduur het. Dieselfde tyd is dus aan die groepe bestee as tydens die eerste studie, maar dit was meer gekonsentreerd. Groeplede het dus ook nie oor elke onderwerp afsonderlik kommentaar gelewer nie en minder materiaal was beskikbaar as in die eerste studie. Die eerste sessie het gehandel oor doelwitbepaling, kommunikasievaardighede, konflikthantering en finansiële beplanning. In hulle kommentaar oor wat hulle geleer het, het groeplede die meeste verwys na kommunikasievaardighede (29 response) gevolg deur finansiële beplanning (25 response) konflikthantering (17 response) en doelwitbepaling (5 response). Die sessie oor doelwitbeplanning was dus nie baie suksesvol nie en behoort verbeter te word of slegs as bekendstelling en voorbereiding te dien vir die res van die kursus. In die tweede sessie is die meeste verwys na stresmanagement (21 response), probleemoplossing (19 response), ouervaardighede (17 response) en alkoholgebruik (11 response). Die response was meer eweredig versprei in die tweede sessie.

Groeplede het aangedui dat hulle baie geleer het en dat die inhoud van die kursus dikwels vir hulle nuut was. Die frase 'wat ek nie geweet het nie', het dikwels voorgekom:

- *Dit was 'n baie groot voorreg om te kan sit en luister na baie belangrike punte in die lewe, wat ek nog nooit van geweet het nie.*
- *Ek het baie uit die kursus geleer wat ek kan toepas in my huishouding en probleme by die huis oplos.*
- *Ek het baie geleer wat ek nie geweet het nie.*
- *Ek het vandag baie geleer om my probleme te kan hanteer. Daar is sommige wat ek nie geweet het nie, maar nou weet ek.*
- *Dit is baie interessant wat jy nie weet nie. Dan leer jy uit jou foute wat jy maak.*

#### **6.5.5 Oordrag van vaardighede na alledaagse lewe (tweede sessie)**

Aangesien die hele kursus in twee oggende aangebied is, was daar minder geleentheid vir groeplede om toe te pas wat hulle geleer het en om vaardighede in te oefen. Dit is dus 'n nadeel indien die kursus so gestruktureer word. Die voordeel van so 'n strukturering van die kursus is dat dit administratief makliker is, dat die bywoning baie beter is en dat dit nie soveel selfdisipline verg van die deelnemers as wanneer hulle bywoning oor agt sessies moet volhou nie. Soos in die eerste studie was daar min respondente wat kon aandui dat hulle toegepas het wat hulle geleer het. Enkele groeplede het tog waardevolle bydraes gemaak in hierdie verband:

- *Konflikhantering. Het dit in die werksituasie toegepas en dit het gewerk. Het gekeer dat 2 beamptes mekaar aan die hare gryp.*
- *Gedurende die kursus het ek geleer om standpunt in te neem en 'n keuse ten opsigte van my familie te maak. Ek het aan my broer verduidelik so jy vir my respek verwag ek dat jy my vrou ook moet respek.*
- *Ek het af en toe gedrink. Het sommer my drank heeltemal gelos en probeer om aan meer sport deel te neem.*
- *Ek het met my gesin van dit wat ek geleer het toegepas. En dit het 'n goeie uitwerking. Wat my meer gelukkig maak, toe my seun my aanspreek as maatskap (maatskaplike werker).*

#### **6.5.6 Betekenis van die kursus in respondente se lewe (tweede studie)**

Respondente het weer gemeld dat die kursus 'n groot verskil in hulle lewe gemaak het en dat die kursus baie waarde gehad het. Opmerkings soos die volgende het voorgekom:

- *'n Baie groot verskil. Dit was van baie nut vir my.*
- *Ek sal nou net moet aanhou om dit buite toe te pas. Ek hoop om dit gou te leer om dit te onthou en aanhou uit te voer.*
- *Ek het hierdie kursus uitsonderlik van my lewe gevind. Ek voel goed en het sessies van die kursus benut. Dit was in my eie belang.*
- *Ek dink julle moet meer van hierdie sessies aanbied. Jy kan dit oral toepas (noodsaaklike voorwaardes vir kinderopvoeding). As julle meer van hierdie sessies aanbied, sal ons 'n baie beter Tygerberg hospitaal hê.*

Hierbenewens het hulle ook genoem dat hulle meer selfvertroue ontwikkel het a.g.v. die kursus. Dit sluit aan by die eerste groep wat meer positief was na die kursus:

- *Ek dink ek sal baie dinge beter in my gemeenskap doen. Leiding.*
- *My eerlike opinie is ek kan baie leer en is dankbaar want wat ek geleer het kan ek hier mee uitgaan en ander help. Ander inligting gee en vir ander 'n motivering wees.*
- *Die kursus het my wyser gemaak en meer openlik teenoor andere.*
- *Die kursus het 'n groot verskil in my leefwyse gemaak. Na die onderonsie met my broer het dit my goed laat voel. Ek besef dat ek in beheer is.*
- *Ek het 'n beter selfbeeld. Ek weet nou hoe om verskillende situasies te hanteer.*
- *Dit het gemaak dat ek dinge beter kan doen. Probleme beter te hanteer.*

Dit is veral positief dat sommige groeplede meer selfvertroue ontwikkel het, juis omdat hulle ervaar het dat hulle in staat was om die vaardighede wat hulle geleer het toe te pas en dat dit tot sukses gelei het. Dit was dus nie net die groepservaring en aandag wat groeplede ontvang het, wat tot 'n positiewe gevoel gelei het nie, maar die waarde van die groep self. Die groepslid wat bv. verwys het na die 'onderonsie met sy broer' het sy probleme wat hy met sy familie het in die groep bespreek en kon vervolgens standpunt inneem teenoor sy familie. Dit het aanleiding gegee tot sy positiewe respons.

### **6.5.7 Gevolgtrekkings na aanleiding van kwalitatiewe response**

Die waarde van die kwalitatiewe materiaal is veral dat dit inligting bied oor hoe die kursus verbeter kan word. Uit die kwalitatiewe response het dit geblyk dat sommige van die respondente se insig in die onderwerpe wat aangebied is, beperk was. Daar was groot verskille in die geletterdheidsvlak van respondente en die taalgebruik en sinskonstruksie van sommige respondente dui ook daarop dat die aanbieding selfs meer konkreet kon wees.

Meer voorbeelde, rollespele, inoefening van vaardighede en klein groepbesprekings kan bydra tot beter begrip van die inhoud van die kursus. Die sessie oor doelwitbepaling was in albei studies die mins suksesvolle en behoort herskryf te word. Meer aandag moet in hierdie sessie gegee word aan groepsdoelwitte, groepsnorme en bekendstelling. Dit het ook geblyk dat meer aandag aan die aanleer van assertiewe gedrag gegee kan word en dat die inligting oor assertiewe gedrag herhaal kan word in die sessie oor verantwoordelike alkoholgebruik.

Een van die groot leemtes van die kursus wat geblyk het uit die kwalitatiewe materiaal, is dat daar nie genoeg oordrag plaasgevind het vanaf die klaskamer situasie na die alledaagse lewe van groeplede nie. Min groeplede kon voorbeelde noem van situasies waar hulle prakties toegepas het wat hulle geleer het. In die tweede studie was daar selfs minder geleentheid vir groeplede om te rapporteer oor die praktiese toepassing van nuwe vaardighede as gevolg van die strukturering van die kursus. Dit het belangrike implikasies vir die strukturering van toekomstige kursusse aangesien dit belangrik is dat oordrag wel plaasvind. Indien die kursus dus oor slegs twee oggende aangebied word, moet daar voorsiening gemaak word vir opvolgessies. Die feit dat daar nie voldoende oordrag plaasgevind het nie, kan moontlik verklaar waarom groeplede nie, volgens die kwantitatiewe meting, beduidend beter gevaar het in psigososiale funksionering nie.

Gedragsverandering is egter 'n komplekse proses en dit is waarskynlik dat herhaling en versterking nodig is voordat respondente daarin sal slaag om die vaardighede in hulle alledaagse lewe toe te pas en voordat dit 'n beduidende verskil sal maak in die kwantitatiewe meting van psigososiale funksionering.

Positiewe aspekte wat uit die kwalitatiewe response geblyk het, was dat respondente aangedui het dat die materiaal in baie opsigte vir hulle nuut was, dat hulle meer positief gevoel het na die kursus, dat hulle gerapporteer het dat hulle meer beheersd optree en dat hulle selfvertroue toegeneem het. Hierdie response gee die subjektiewe ervaring van groeplede weer en moet dus versigtig geïnterpreteer word. Dit dui egter daarop dat sommige groeplede wel vordering in hulle funksionering kon bemerk.

## **6.6 Opleiding van Toesighouers**

Ses-en-tagtig toesighouers van werknemers in die algemene personeelkategorie is opgelei. Die doel van die opleiding was om toesighouers te bemagtig om werknemers met werksprobleme te hanteer en te verwys vir hulpverlening. Die opleiding het voorts ten doel



gehad om toesighouers se bestuurs- en verhoudingsvaardighede te ontwikkel om sodoende by te dra tot beter menseverhoudinge en minder frustrasie by werknemers.

Uitnodigingsbriewe is aan al die afdelings gestuur om toesighouers te nooi om die opleiding by te woon. Een sessie van twee uur lank is aangebied. Die sessies is aangebied aan ses groepe toesighouers van 10 tot 18 lede elk. Die inhoud van die sessie het gehandel oor die identifisering van werknemers met probleme, dokumentering, onderhoudvoering met die werknemer, verwysing vir hulp en opvolgdienste. Daar is gebruik gemaak van 'n lesing, video en bespreking om die inligting oor te dra.

Die toesighouersopleiding is aan die hand van 'n eenvoudige een-groep voortoets-natoets pre-eksperimentele model getoets. 'n Vraelys (sien bylae 6) is voor en direk na die opleiding aan deelnemers gegee om te voltooi. Die probleme t.o.v. hierdie tipe evaluering is reeds in hoofstuk 4 bespreek en daar is gemotiveer waarom hierdie model benut is.

In die eerste vraag moes respondente vyf stappe uit 'n moontlike elf stappe identifiseer wat hulle sou benut in die hantering van 'n werknemer met probleme.

**Tabel 6.59 Kennis van hantering van werknemers**

Aantal stappe korrek	Groep		Totaal
	Voortoets	Natoets	
2 Stappe	4	0	4
3 Stappe	21	5	26
4 Stappe	44	30	74
5 Stappe	10	47	57
<b>Totaal</b>	<b>79</b>	<b>82</b>	<b>161</b>

Gedurende die voortoets kon slegs 10 toesighouers al vyf stappe identifiseer, terwyl 47 toesighouers gedurende die natoets al vyf stappe kon identifiseer (Tabel 6.59). Toesighouers kon ook gemiddeld 3.8 stappe korrek identifiseer in die voortoets, terwyl hulle gedurende die natoets 4.5 stappe korrek kon identifiseer (Tabel 6.60). Die verskil is beduidend en dit is duidelik dat die opleiding daartoe gelei het dat die kennis rondom hantering van werknemers substantief verbeter het.

**Tabel 6.60 Gemiddelde aantal stappe korrek**

	Groep	N	Gem.	Std. Afwyking	Std. Fout
<b>Aantal stappe</b>	Voortoets	79	3.8	0.7	0.1
	Natoets	82	4.5	0.6	0.1

In die tweede vraag moes die respondente op 'n vyfpuntskaal aandui hoe gemaklik hulle daarmee is om 'n werknemer met probleme te hanteer. Toesighouers het na die opleiding beduidend meer gemaklik gevoel daarmee om 'n werknemer met probleme te hanteer ( $U=2344.5$ ,  $N_1=78$ ,  $N_2=73$ ,  $p<.05$ ).

Die kruistabulering vir die voor- en natoets en “gemaklik” word in Tabel 6.61 weergegee. Ses-en-vyftig toesighouers het gedurende die voortoets aangedui dat hulle gemaklik of baie gemaklik gevoel het in die hantering van werknemers met probleme. Drie-en-sestig toesighouers het na die opleiding gemaklik of baie gemaklik gevoel.

**Tabel 6.61      Respondente gemaklik in hantering van werknemers.**

		Groep		Totaal
		Voortoets	Natoets	
<b>Baie ongemaklik</b>	N	3	1	4
	Verwagte N	2	2	4
	%	<b>4</b>	<b>1</b>	3
<b>Ongemaklik</b>	N	4	1	5
	Verwagte N	3	2	5
	%	<b>5</b>	<b>1</b>	3
<b>Redelik gemaklik</b>	N	15	8	23
	Verwagte N	12	11	23
	%	<b>19</b>	<b>11</b>	15
<b>Gemaklik</b>	N	38	40	78
	Verwagte N	40	38	78
	%	<b>49</b>	<b>55</b>	52
<b>Baie gemaklik</b>	N	18	23	41
	Verwagte N	21	20	41
	%	<b>23</b>	<b>32</b>	27
<b>Totaal</b>	N	78	73	151
	Verwagte N	78	73	151
	%	100	100	100

Die oorblywende vrae is slegs gedurende die natoets voltooi. Die derde vraag het gehandel oor in watter mate respondente se kennis oor die hantering van werknemers verbeter het. Respondente was van mening dat hulle kennis baie verbeter het. Ses-en-tagtig persent het aangedui dat hulle kennis taamlik tot baie verbeter het (Tabel 6.62).

**Tabel 6.62 Kennis oor hantering van werknemers**

		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
<b>Kennis:Hantering</b>	Min	1	1	1	1
	Matig	9	10	12	13
	Taamlik	30	35	38	51
	Baie	38	44	49	100
	Totaal	78	91	100	
<b>Ontbrekende N</b>	6	8	9		
<b>Totaal</b>		86	100		

Die respondente het ook die opleidingssessies as sinvol ervaar. Drie-en-neëntig persent het gevoel dat dit sinvol tot baie sinvol was (Tabel 6.63).

**Tabel 6.63 Opleidingssessie sinvol**

		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
<b>Sinvol</b>	Min	0	0	0	0
	Redelik	5	3	6	6
	Sinvol	25	15	30	37
	Baie	52	30	63	100
	Totaal	82	48	100	
<b>Ontbrekende N</b>	6	90	52		
<b>Totaal</b>		172	100		

Al die respondente het die gehalte van die aanbieding goed of baie goed gevind (Tabel 6.64).

**Tabel 6.64 Gehalte van die aanbieding**

		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Geldige %</b>	<b>Kumulatiewe %</b>
<b>Aanbieding</b>	Goed	23	13	30	30
	Baie goed	54	31	70	100
	Totaal	77	45	100	
<b>Ontbrekende N</b>	6	95	55		
<b>Totaal</b>		172	100		

Dit blyk uit die evaluering dat toesighouers se kennis van die hantering van werknemers baie toegeneem het en dat hulle na die opleiding beduidend meer gemaklik gevoel het om werknemers te hanteer. Toesighouers het ook die sinvolheid en gehalte van die aanbiedings baie positief geëvalueer. Die evaluering het egter gekonsentreer op die toename in kennis

by toesighouers en hulle werklike vaardighede is nie gemeet nie. Aangesien slegs 'n formatiewe evaluering gedoen is, is dit egter 'n aanduiding dat die onmiddellike uitkomst bereik is.

### **6.7 Verspreiding van pamflette en plakkate oor matige alkoholgebruik**

Pamflette en plakkate i.v.m. matige alkoholmisbruik is ontwerp. In ooreenstemming met aanbevelings in die literatuur, was die boodskap van die pamflette en plakkate dat **indien** alkohol gebruik word, dit matig gebruik moet word (Van Heerden & Parry, 2001). Inligting is gegee oor wat matige alkoholgebruik is. Die bestuur van die hospitaal het egter nie die verspreiding van die pamflette en plakkate goedgekeur nie. Dit blyk dat die bestuur van mening was dat personeellede met bepaalde geloofsoortuigings aanstoot mag neem oor die boodskap wat die plakkate en pamflette uitdra en dat die boodskap ook verkeerd geïnterpreteer kan word deur sommige personeellede. Die konsep van matige alkoholgebruik is nog nie vir die bestuur van die hospitaal aanvaarbaar nie. Tog sê Cook en Youngblood (1990, p. 730) hiervan: "Alcohol prevention programs in the workplace should make it clear that they are not a temperance movement, only a force for moderation. Van Heerden en Parry (2001) verduidelik ook waarom 'n beleid van matige alkoholgebruik meer aanvaarbaar is as geheelonthouding. Volgens Van Heerden en Parry (2001) het matige alkoholgebruik 'n potensiële positiewe effek op gesondheid, is matige alkoholgebruik sedert die vroegste tye deel van die samelewing en het die verbanning van alkohol in die V.S.A. gedurende die 1920s en 1930s getoon dat die algehele verbod op alkoholgebruik nie 'n haalbare opsie is nie.

### **6.8 Hersiening van die substansmisbruikbeleid**

Die doel van die hersiening van die substansmisbruikbeleid was om verskillende rolspelers te betrek sodat 'n kultuur in die hospitaal kan ontstaan dat substansmisbruik nie aanvaarbaar is nie. Die idee was dat verskillende rolspelers eienaarskap moes aanvaar vir die beleid. 'n Substansmisbruikbeleid sou verder daartoe bydra dat daar nie enige onduidelikheid bestaan t.o.v. die reëls i.v.m. die gebruik van substansie nie en dat reëls konsekwent toegepas sou word. Die beleid sou ook uitdrukking gee aan die werkgewer se verbintenis tot die voorkoming en behandeling van afhanklikheid. Uiteindelik sou die beleid 'n bydrae lewer tot 'n substansvrye werksplek.

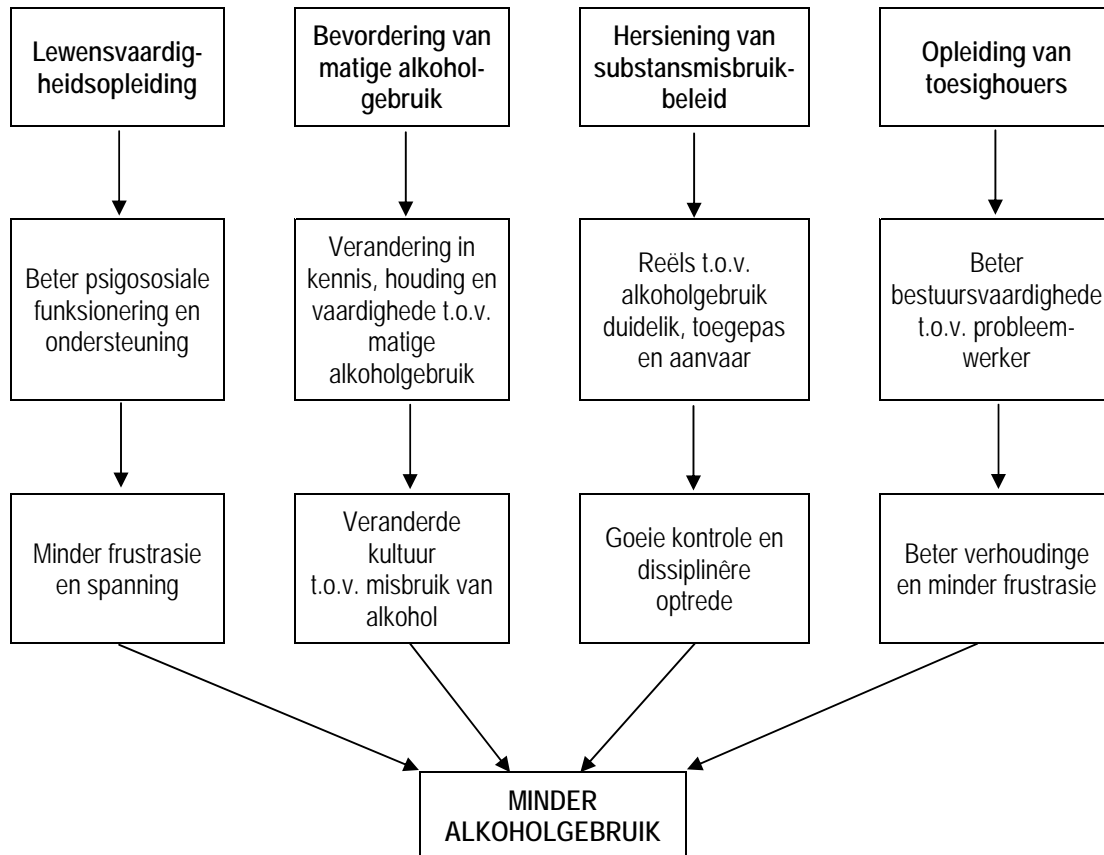
Daar het wel 'n substansmisbruikbeleid in Tygerberg hospitaal bestaan. Die beleid was in die vorm van 'n memorandum, Memorandum Nr. 33/95 en was getiteld *Misbruik van*

*gewoontevormende middels deur lede van die Personeel.* Die beleid het egter in onbruik verval en was onbekend in die hospitaal. Dit het ook leemtes bevat en hersiening van die beleid was nodig. Dit het 'n jaar geneem om 'n komitee saam te stel om die beleid te hersien. Ten spyte van die ooglopende probleme wat substansmisbruik in die werksplek veroorsaak, geniet dit steeds nie hoë prioriteit by die bestuur nie. Gebrekkige kommunikasie kanale en interne politiek het tot verdere vertraging gelei. Die komitee wat saamgestel is het bestaan uit die hoof van die Personeelafdeling van die hospitaal, maatskaplike werkers van die personeelondersteuningseenheid, verteenwoordigers van die Dept. Menslike hulpbronne, 'n verteenwoordiger van die werknemersverenigings, 'n verteenwoordiger van die transformasiekomitee en 'n verteenwoordiger van die Beroepsgesondheidskomitee. Die komitee was redelik verteenwoordigend van die personeel van die hospitaal.

Daar is twee vergaderings gehou en 'n eksterne konsultant is geraadpleeg. Die substansmisbruikbeleid is herskryf en word aangeheg as bylae 9. Die beleid is aan die bestuur van die hospitaal en die gesamentlike koudus van die bestuur en georganiseerde arbeid voorgelê vir goedkeuring. Die beleid is tans in die proses van goedkeuring. Die feit dat die beleidsdokument gesamentlik geformuleer is en bestaan, dui daarop dat sukses behaal is met hierdie aspek van die voorkomingsprogram. Indien die beleid goedgekeur word, moet dit aan werknemers gekommunikeer word en moet getrag word om eienaarskap van die beleid onder alle personeel te bevorder. Hierdie proses is noodsaaklik om die doel te bereik van 'n veranderde kultuur t.o.v. substansmisbruik.

## **6.9 Samevattende Bevindinge**

Die intervensie het geen statisties beduidende effek gehad op psigo-sosiale funksionering of alkoholgebruik nie. Aangesien daar gebruik gemaak is van teoriegebaseerde evaluering, word die resultate vervolgens bespreek in terme van die programteorie. Die voordeel van teoriegebaseerde evaluering is juis dat daar nie net 'n resultaat verkry word nie, maar dat daar meer inligting omtrent die resultaat beskikbaar is. Dit word beskryf as die vermoë om binne die sg. *blackbox* te sien (Rossi, Freeman & Lipsey, 1999, p. 154). In teoriegebaseerde evaluering word die resultate as 'n skakel van opeenvolgende gebeure voorgestel. In die programteorie van die huidige studie is die hipotese dat 'n verbetering in psigososiale funksionering sal lei tot 'n vermindering in frustrasie en gevolglik 'n vermindering in alkoholmisbruik binne 'n gunstige werkomgewing. Die programteorie word in Fig 6.10 skematies voorgestel.



**Fig. 6.10 Programteorie vir alkoholmisbruikvoorkomingsprogram**

Teen die agtergrond van hierdie programteorie, ontstaan die vraag dus of die gebrek aan impak van die program toegeskryf kan word aan die implementering van die program of 'n verkeerde programteorie. In hierdie opsig is dit waardevol om terug te keer na Rossi Freeman en Lipsey (1999, p. 241) wat 'n handige 'raamwerk' voorstel vir die bepaling van die uitkomst van programme. Volgens hulle is die bruto effek van enige program 'n funksie van die netto effek van die intervensie plus die effek van eksterne faktore plus die effek van die navorsingsontwerp. Probleme met die impak van die studie kan volgens hierdie skema berus by die intervensie self, by eksterne faktore wat 'n rol kon speel en by die ontwerp van die studie. Die ontwerp van die studie verwys na aspekte rondom die metodologie (insluitend die steekproef) en die prosedure wat gevolg is.

Wat betref die intervensie self is reeds genoem dat die program nog nie ten volle geïmplementeer is nie. Voorts het dit ook uit die kwalitatiewe data geblyk dat respondente moontlik nie genoeg insig in die inhoud van die program gehad het nie en dat die program op 'n meer konkrete wyse aangebied kon word. Daar het waarskynlik ook nie genoeg oordrag

plaasgevind vanaf die leersituasie na die werklike lewe van respondente nie. Dit is ook moontlik dat groeplede langer tyd in die groepe nodig gehad het vir verandering ('n sterker dosis).

Die eksperimentele ontwerp het gepoog om te kontroleer vir eksterne faktore, maar daar kon wel probleme ontstaan het met seleksie aangesien deelname vrywillig was en persone wat werklik probleme ervaar dus kon gekies het om nie deel te neem nie. Deelname kon egter nie afdwing word in 'n werksituasie waar daar tydens die aanbieding van die program redelik spanning was tussen bestuur en georganiseerde arbeid nie. Wat betref die ontwerp van die studie, is die effek van die program onmiddellik na afloop van die implementering gemeet. Dit is nie onmoontlik dat 'n statisties beduidende effek verkry sou kon word indien die natoets na 'n langer tydsverloop afgeneem is, sodat lede die geleentheid kon kry om die vaardighede wat hulle geleer het, toe te pas nie. Die aard van die meetinstrumente kon ook 'n bydraende faktor wees aangesien dit lank geneem het om te voltooi en moontlik te veel geverg het van sommige respondente.

Aangesien die programteorie geskoei is op die literatuur en op suksesvolle programme wat reeds aangebied is en met inagneming van die probleme met die implementering van die program, sou 'n mens kon konkludeer dat dit meer waarskynlik is dat die feit dat geen programmeffekte gedemonstreer is nie, by die implementering van die program berus en dat die programteorie dus nie ongekwalifiseerd verwerp kan word nie (Burchmeyer & Weiss, 2000, p. 409; Chen, 1990, p. 29; Bickman, 1987, p. 10). Die feit dat al die groepe, selfs na die intervensie hoë tellings behaal het op die skale wat frustrasie, spanning en hulpeloosheid meet, bied myns insiens ook ondersteuning vir die programteorie.

Die formatiewe evaluering wat in hierdie hoofstuk beskryf is, verskaf genoegsame inligting vir die verbetering en verdere implementering van die alkoholmisbruikvoorkomingsprogram. In die volgende hoofstuk sal die belangrikste gevolgtrekkings van die studie uiteengesit word en sal aanbevelings gemaak word t.o.v. die verdere implementering van die program.. Aanbevelings t.o.v. die voorkoming van alkoholmisbruik in die werksplek, wat uit die studie afgelei kan word, en vir verdere studie sal ook gemaak word.

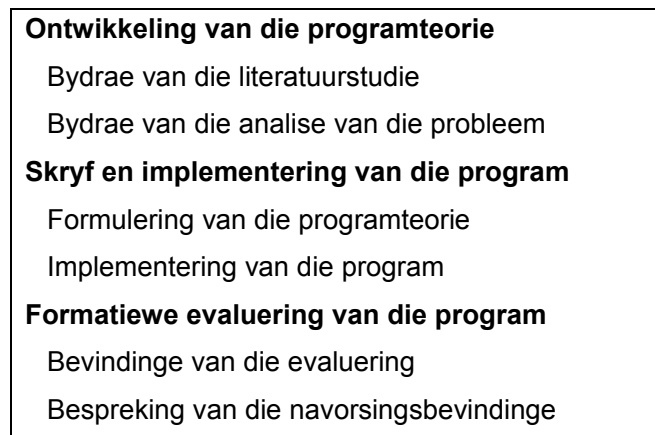
## Hoofstuk 7

# BEVINDINGE EN AANBEVELINGS

### 7.1 Inleiding

Die doel van hierdie studie was om 'n program te ontwikkel vir die voorkoming van alkoholmisbruik in die werksplek wat gebaseer is op 'n programteorie wat empiries geëvalueer kan word. Die rede vir die studie was dat daar in Suid Afrika 'n groot leemte bestaan in die praktyk t.o.v. die gehalte van substansmisbruikprogramme wat in die werksplek aangebied word. Teoriegedrewe programmevaluering kan 'n nuwe hoofstuk in die ontwikkeling van voorkomingsprogramme inlei en kan gesprek tussen rolspelers bevorder sodat meer wetenskaplik gefundeerde programme in die toekoms aangebied kan word.

Die belangrikste bevindinge van die studie en die betekenis van die studie vir die praktyk van alkoholmisbruikprogramme in die werksplek sal aan die hand van figuur 7.1 bespreek word. Voorts sal die beperkinge van die studie bespreek word en aanbevelings gemaak word.



**Figuur 7.1 Raamwerk vir die bespreking van die bevindinge**

### 7.2 Ontwikkeling van die programteorie

Aangesien 'n teoriegedrewe benadering tot die ontwikkeling van programteorie gevolg is, was dit nodig om 'n literatuurstudie te doen van voorkoming van alkoholmisbruik en van programmevaluering.



## **Bydrae van die literatuurstudie**

In hoofstuk 2 is die belangrikste teoretiese inligting oor die voorkoming van alkoholmisbruik beskryf. In besonder word programme beskryf wat aangebied is om alkoholmisbruik in die werksplek te voorkom. Verskillende benaderings t.o.v. alkoholmisbruik in die werksplek, nl. die tradisionele benadering, die omgewingsveranderingsbenadering, die gesonde lewenstyl benadering en die lewensvaardighede benadering is bespreek. Nadat die besondere kenmerke van die studiegroep deur middel van 'n opname bestudeer is, is besluit dat die lewensvaardighede (hanteringsvaardighede) benadering en die omgewingsveranderingsbenadering (of ekologiese benadering) die mees toepaslike sou wees vir die besondere groep. Dit het egter ook geblyk dat die oorsake van alkoholmisbruik kompleks is, en daar dus nie enkelvoudige oplossings vir die probleem bestaan nie. Daar is dus uit verskillende benaderinge geput en die sienswyse word onderskryf dat multidimensionele programme gewoonlik meer suksesvol is as eenvoudige programme (Trice & Sonnenstuhl, 1990; Walsh et. al., 1993; Cook et. al., 1996). Die literatuurstudie, wat vir hierdie studie onderneem is, maak 'n bydrae tot ons begrip van substansmisbruikvoorkomingsprogramme aangesien dit in die praktyk gevind word dat daar in die werksplek meestal nog van die opvoedkundige benadering gebruik gemaak word, terwyl dit uit die literatuur duidelik is dat programme wat slegs gegrond is op 'n vermeerdering van kennis geen bydrae lewer nie (Pentz, 1999). In die literatuurstudie is programme bespreek wat wel 'n beduidende impak op die probleem gehad het en waarop voortgebou kan word. Die literatuurstudie het getoon dat programme wat 'n kognitiewe gedragsveranderingbenadering volg en op lewensvaardighede (veral stresshantering) konsentreer, tot dusver die grootste sukses getoon het.

As deel van die teoretiese studie, is verskillende benaderings tot progamevaluering in hoofstuk 3 beskryf. Daar is melding gemaak van die eksperimentele, die pragmatiese, die naturalistiese, die pluralistiese en die realistiese benadering tot progamevaluering. Die pragmatiese, pluralistiese en realistiese benaderings tot evaluering beklemtoon almal die rol wat programteorie speel in die verbetering van sosiale programme. Teoriegebaseerde evaluering het verskillende betekenisse vir verskillende skrywers. In hierdie studie is egter aangesluit by die sienings van Rossi, Freeman en Lipsey (1999) se impakteorie en by Weiss (1997a, 1997b, 1998) wat programteorie sien as oorsaaklike teorie. Programteorie beskryf dan die rasionaal agter die implementering van die program, m.a.w. wat dit is in die program wat lei tot verandering. Min voorkomingsprogramme in Suid Afrika is gegrond op 'n eksplisiete programteorie. Die studie lewer daarom 'n verdere metodologiese bydrae deur

die belangrikheid van programteorie in die ontwikkeling van alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme te beklemtoon. Die studie kan daartoe bydra dat voorkomingsprogramme nie op 'n probeer-en-tref wyse aangebied word nie, maar verantwoord kan word op grond van die programteorie. Dit sal die wetenskaplike verantwoordbaarheid van voorkomingsprogramme verhoog.

### **Bydrae van die analise van die probleem**

Die metodologiese bydrae is verder versterk deur die analise van die probleem. Daar is nl. 'n opname gedoen om die patrone van alkoholgebruik, oorsake van misbruik en houdings teenoor die matige gebruik van alkohol vas te stel. Die doel van die probleemanalise was om die program te baseer op die besondere kenmerke van die teikengroep (Arthur & Blitz, 2000).

Wat die patrone van alkoholgebruik betref, is bevind dat ses-en-veertig persent van respondente alkohol gebruik. Vier-en-twintig persent van mans en 15% van vroue in die totale studiegroep kan as riskante drinkers beskryf word. Skinner se data stem ooreen met die bevindinge van hierdie studie oor die voorkoms van probleemdrinkery deur personeel van die hospitaal. Alkoholafhanklikheid is bepaal deur gebruik te maak van die *Michigan Alcoholism Screening Test* (Selzer, 1971). Nege persent van die studiegroep kan as alkoholafhanklik gekategoriseer word. Die patrone van alkoholgebruik, -misbruik en -afhanklikheid stem tot 'n groot mate ooreen met patrone wat in die literatuur gevind word.

Wat die kwalitatiewe studie betref, is die mening deur werknemers sêlf uitgespreek dat alkoholmisbruik 'n groot probleem in die hospitaal is. Persone wat aan fokusgroepbesprekings deelgeneem het, het beklemtoon dat daar in die hospitaal met pasiënte gewerk word en dat die gehalte van die diens afneem wanneer mense onder die invloed van alkohol is. Die gevolge van alkoholmisbruik vir kollegas en vir die beeld van die hospitaal is ook beklemtoon. Die fokusgroepbesprekings het ook die teikengroep self betrek by die bespreking van die probleem van alkoholmisbruik in die hospitaal en van moontlike oplossings.

Alkoholafhanklikheid het meer voorgekom by werkers uit die algemene beroepskategorie as by professionele persone. Verreweg die meeste persone wat as alkoholafhanklik geïdentifiseer is, is algemene werkers. Verpleging het die tweede hoogste gemiddelde telling gehad vir alkoholafhanklikheid. Mense met 'n laer opvoedkundige kwalifikasie was ook meer geneig om afhanklik te wees. Dit bevestig die hoër voorkoms van afhanklikheid by

werkers van die laer beroepskategorieë. Die hoë voorkoms van afhanklikheid by algemene werkers, is 'n aanduiding dat die grootste probleme t.o.v. alkohol by hierdie beroepskategorie voorkom. Daar is dus besluit om die program eerstens aan algemene werkers aan te bied en later uit te brei na ander beroepskategorieë.

Sewe-en-veertig persent van respondente het minstens een of meer werksprobleme (besering aan diens, konflik met 'n kollega, konflik met 'n meerdere, afwesig sonder verlof, dissiplinêre optrede of siekverlof) gedurende die voorafgaande drie maande ervaar. Daar was 'n positiewe verband tussen alkoholafhanklikheid en die voorkoms van werksprobleme. Trouens alkoholafhanklikheid het 30% van die variansie in werksprobleme verklaar. Dit is 'n sterk aanduiding dat alkoholafhanklikheid 'n belangrike rol speel in die voorkoms van werksprobleme en dus verlaagde produktiwiteit. Die koste van alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme weeg waarskynlik nie op teen die koste wat verlaagde produktiwiteit meebring nie.

Die mees algemene werksprobleem wat voorgekom het onder alle werknemers, was die neem van siekverlof. Ag-en-dertig persent van die studiegroep het gedurende die voorafgaande drie maande siekverlof geneem. Dit blyk dat die neem van siekverlof 'n probleem in die hospitaal is en dat dit 'n negatiewe effek het op produktiwiteit. Die neem van siekverlof kan egter nie direk in verband gebring word met alkoholafhanklikheid nie.

Veertien persent van respondente se werk is gedurende die voorafgaande drie maande minstens een maal of meer deur alkoholgebruik geraak. 'n Sterk verband tussen alkoholafhanklikheid en alkoholverwante werksprobleme (bv. alkoholgebruik voor werk, alkoholgebruik tydens werk, laat opdaag vir werk, afwesigheid van werk) is gevind. Ses en vyftig persent van die variansie in alkoholverwante werksprobleme kon deur afhanklikheid verklaar word. Dit dui daarop dat persone wat geïdentifiseer word met alkoholprobleme a.g.v. onbevredigende werk waarskynlik reeds afhanklik is. 'n Voorkomingsprogram moet dus nie net op hierdie persone gerig wees nie, maar moet trag om werknemers te bereik voordat hulle afhanklik is en rehabilitasie moeiliker en duurder is. Die program moet eerder gerig wees op persone wat alkohol misbruik, maar nie tekens toon van chroniese afhanklikheid nie.

Die belangrikste oorsake van alkoholgebruik wat deur werknemers geïdentifiseer is, dui op:

- Die voorkoms van persoonlike probleme en negatiewe emosies by respondente, bv. drink om probleme te vergeet of om te ontsnap aan 'n onaangename situasie of

omdat respondente frustrasie, huweliksprobleme, behuisingsprobleme en finansiële probleme ervaar. Die moeilike maatskaplike omstandighede wat aanleiding gee tot misbruik is ook in die kwalitatiewe studie beklemtoon. Die vraag wat in die fokusgroepbesprekings gestel is, het gehandel oor werksfaktore wat aanleiding gee tot misbruik. Nogtans het baie groepe verwys na moeilike maatskaplike omstandighede as 'n oorsaak van misbruik. Finansiële probleme, skuld en 'n lae inkomste is spesifiek uitgesonder as belangrike bydraende faktore.

- Die sosiale gebruik van alkohol wat lei tot misbruik. Uit die fokusgroepbesprekings het dit geblyk dat respondente van mening is dat persone wat in hulle gemeenskap alkohol gebruik, as 'n reël alkohol misbruik en dat matige gebruik nie 'n algemene verskynsel is nie. Daar is dus 'n patroon van óf geheelonthouding óf misbruik. Die kultuur van strawwe drinkery oor naweke veroorsaak baie persoonlike en sosiale probleme.
- Fisiese afhanklikheid as 'n faktor wat misbruik veroorsaak is ook genoem, bv. ek drink om onttrekking te vermy en ek het soggens 'n regmaker nodig.

Vier werksfaktore is onderskei wat ook bydra tot alkoholgebruik, nl.

- Kontrole oor werknemers, wat veral insluit die dissiplinêre optrede teenoor persone wie se werk deur alkoholmisbruik geraak word en die kommunikasie van die hospitaal se reëls t.o.v. alkoholgebruik. Die wyse waarop toesighouers probleemwerkers hanteer, is veral in die fokusgroepbesprekings uitgesonder as bydraend tot die probleem van alkoholmisbruik.
- Beskikbaarheid van alkohol wat die fisiese beskikbaarheid sowel as kollegas se verdraagsaamheid teenoor misbruik insluit.
- Sosiale druk om alkohol te gebruik.
- Kwaliteit van werk waar veral stres 'n belangrike rol speel.

Die matige gebruik van alkohol is nie vir respondente aanvaarbaar nie. Respondente beskou die matige gebruik van alkohol ook nie as 'n realistiese doelstelling vir mense in hulle gemeenskappe nie. Dit is moontlik dat die rigiede beskouing oor alkoholgebruik bydra tot die misbruik van alkohol. 'n Kultuur van verantwoordelike gebruik word nie gekweek nie en 'n alles-of-niks kultuur ontstaan waar persone wat wel alkohol gebruik, oormatig drink.

Die inligting wat bekom is uit die analise van die probleem, soos dit in die besondere werksplek voorkom, is benut in die ontwikkeling van die programteorie. Die feit dat daar 'n probleemanalise gedoen is by die teikengroep, is 'n nuwe bydrae in die ontwikkeling van alkoholmisbruikprogramme. Die waarde van hierdie navorsing lê daarin dat inligting bekom is oor die teikengroep se eie siening van die oorsake van die probleem. Dit is interessant dat die rol wat psigo-sosiale faktore soos armoede en gesinsprobleme speel, 'n bevinding van die kwantitatiewe studie én die fokusgroepbesprekings was. Die belangrike rol wat maatskaplike probleme in die ontwikkeling van alkoholprobleme speel, is dan ook een van die belangrikste bevindinge van die probleemanalise. In Suid Afrika is daar reeds ander aanduidings van die verband tussen armoede en alkoholmisbruik (bv. die groot persentasie babas met fetale alkoholsindroom in arm plattelandse gemeenskappe). Voorkomingsprogramme moet dus gemik wees daarop om mense se omstandighede te verbeter, maar ook om persoonlike weerbaarheid te versterk deur lewensvaardighede te bevorder en interpersoonlike verhoudinge te versterk. Hierdie doelstellings is in ooreenstemming met die *National Drug Master Plan* (2006-2011) wat voorkoming sien as deel van 'n ontwikkelingsprogram en die vereiste stel dat programme lewensvaardighede moet bevorder en maatskaplike ongelykhede moet regstel.

Ander komponente van die program, bv. die bevordering van matige alkoholgebruik i.p.v. misbruik, die skryf van die substansmisbruikbeleid en die toesighoueropleiding is ook ontwikkel op grond van die teoretiese studie en die probleemanalise.

### **7.3 Die skryf en implementering van die voorkomingsprogram**

Na aanleiding van die literatuurstudie en die probleemanalise is 'n multidimensionele voorkomingsprogram voorgestel.

#### **Formulering van die programteorie**

Daar is 'n programteorie ontwikkel vir elke aspek van die program. Die belangrikste oorsaak van alkoholmisbruik wat deur werknemers geïdentifiseer is, is sosiale probleme. Die programteorie behels dus dat indien werknemers geleer word om sosiale probleme beter te hanteer, dit kan lei tot 'n vermindering in alkoholmisbruik. Hierdie deel van die programteorie is soos volg saamgevat:

***Indien werknemers lewensvaardighedeopleiding ontvang, sal dit hulle psigososiale funksionering en sosiale ondersteuning verbeter. Beter psigososiale funksionering sal lei tot minder frustrasie en dit sal lei tot 'n vermindering in alkoholmisbruik.***

Die tweede rede vir alkoholmisbruik was dat sosiale gebruik dikwels lei tot misbruik. Die programteorie vir hierdie aspek van die program is soos volg geformuleer:

***Indien die teikengroep inligting kan ontvang t.o.v. die matige gebruik van alkohol en indien hulle vaardighede kan aanleer t.o.v. matige alkoholgebruik, sal dit lei tot 'n veranderde kultuur t.o.v. die misbruik van alkohol en tot die vermindering van die misbruik van alkohol.***

Die derde faktor wat geïdentifiseer is, is dat werknemers alkohol misbruik omdat hulle reeds verslaaf is aan alkohol. Daar bestaan reeds 'n personeelondersteuningsdiens in die hospitaal wat hulp verleen aan afhanklike persone en hierdie groep werknemers is nie deel van die teikengroep t.o.v. voorkoming nie.

Daar is ook werksfaktore wat bydra tot alkoholmisbruik, nl. gebrekkige dissiplinerig van persone wie se werk deur alkoholmisbruik geraak word, gebrekkige kommunikerig van die hospitaal se reëls t.o.v. alkoholmisbruik en die wyse waarop toesighouers werknemers hanteer. Voorts speel die beskikbaarheid van alkohol, sosiale druk om alkohol te gebruik en die kwaliteit van werk ook 'n rol. Die programteorie vir hierdie aspek lui soos volg:

***Indien die alkoholbeleid van die hospitaal hersien word, in samewerking met al die rolspelers en indien die beleid aan alle werknemers bekend gestel word en indien toesighouers opleiding ontvang in die toepassing van die beleid en die beleid konsekwent toegepas word en indien werknemers opgelei word in assertiwiteit gedurende die lewensvaardighedeopleiding, sal dit lei tot 'n alkoholvrye werksplek en sal 'n kultuur ontstaan dat alkoholgebruik in die werksplek nie aanvaarbaar is nie.***

Alhoewel die program multidimensioneel van aard is, is elke aspek van die program belangrik en is die verskillende aspekte interafhanklik. In terme van Pawson en Tilley (1997) se benadering van realistiese evaluering, nl. dat die inwerkstelling van 'n *meganisme* sal lei tot 'n sekere *resultaat* binne 'n bepaalde *konteks* kan 'n omvattende programteorie wel moontlik soos volg geformuleer word:

***Lewensvaardighedeopleiding sal lei tot 'n vermindering in frustrasie en gevolglik die vermindering in die misbruik van alkohol binne 'n gunstige werksomgewing.***

Die programteorie wat ontwikkel is, is 'n belangrike bydrae tot die veld van alkoholmisbruikvoorkoming. Alhoewel die inligting oor teoriegedrewe progamevaluering nie nuut is nie, is die praktyk in Suid Afrika wel nuut en kon geen Suid-Afrikaanse literatuur opgespoor word waarin alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme op hierdie wyse ontwikkel is nie. Gesprekke met programbestuurders van enkele groot welsynsorganisasies in die Wes Kaap (ACVV, SANRA en die Dept. van Maatskaplike Ontwikkeling) het aan die lig gebring dat welsynsorganisasies in die reël nie 'n bydrae lewer tot die ontwikkeling van programteorie en teoriegebaseerde evaluering van programme nie. Uitkomsteword wel in 'n beperkte mate gemeet volgens die voorskrifte van die Dept. van Maatskaplike Ontwikkeling, met die oog op finansiering van programme, maar dit behels nie in diepte evalueringnavorsing nie. 'n Voorbeeld van die tipe uitkomstewat gemeet word, is die volgende wat deur die Dept. Maatskaplike Ontwikkeling voorsien is in die voorskrifte aan welsynsorganisasies wat om befondsing aansoek doen: "40 persone opgelei in 4 opleidingsessies om die arbeidsmark te betree waarvan 30 by formele werksgeleenthede inskakel en 10 'n klein sakeonderneming begin" (Dept. of Social Development: Application of Funding for Social Service Organisations, 23.4.08: <http://www.capegateway.gov.za/pubs/guides/A/116508>).

Dit is nie net in Suid Afrika waar daar 'n onderskeid getref word tussen progamevaluering en die meting van uitkomstewat nie. Hatry (1997. p. 3) sê bv: "Researchers and professional evaluators prefer in-depth, ad hoc evaluations because such evaluations attempt to identify causes of outcomes to some extent and provide relatively strong evidence on outcomes and impact. Regular outcomes measurement, an approach in which service outcomes are tracked on a regular basis, is currently the major focus of governments and human service agencies. The advantage of regular outcomes measurement is that it can cover many programs and offers a lower cost per covered program". Alhoewel die bepaling van uitkomstewat 'n belangrike stap is in die proses om sosiale programme meer verantwoordbaar te maak, is die probleem dat uitkomstewat op hierdie wyse gemeet word, nie noodwendig wetenskaplike oortuigend is nie. Daar kan dus nie met sekerheid gesê word wat sou gebeur het indien die program nie aangebied is nie.

Teoriegebaseerde progamevaluering is belangrik omdat programme ontwikkel moet word binne die Suid Afrikaanse konteks en vir Suid Afrikaners. Die programme moet toegespits wees op die besondere teikengroep en dit is dus nie aanvaarbaar dat programme slegs in die buiteland ontwikkel word nie. In hierdie studie is begin met die ontwikkeling van 'n

voorkomingsprogram wat deur verdere navorsing verfyn kan word. Die feit dat die huidige intervensie nie 'n statisties beduidende impak getoon het nie, maak nie noodwendig die programteorie minder geldig nie. Aangesien hierdie studie 'n programteorie daarstel, kan die programteorie in die toekoms as basis vir verdere navorsing gebruik word, verfyn word, weerlê word of ondersteun word. Die studie toon dat sodanige programontwikkeling wel binne die bestek van primêre dienslewering gedoen kan word en behoort te word. Organisasies behoort egter spesifiek in hulle beplanning voorsiening te maak vir programontwikkeling aangesien maatskaplike werkers in die reël nie oor die tyd en vaardighede beskik om sodanige evaluering te onderneem saam met hulle ander aktiwiteite nie (Persoonlike kommunikasie, mnr. T. Cronje, SANRA en mev. S. Smit, ACVV, April 2008).

### **Implementering van die program**

Die intervensie het bestaan uit die aanbieding van 'n lewensvaardighedeprogram, die hersiening van die alkoholbeleid van die hospitaal en die opleiding van toesighouers. Ten einde 'n logiese uiteensetting te gee van die verloop van die program is 'n model ontwikkel wat die program beskryf (sien hoofstuk 5.6). Die model tabuleer die verskillende probleme wat aanleiding gee tot alkoholmisbruik, die doelwitte ten opsigte van elke probleem, die beplande aktiwiteite en die verwagte uitkomst. Die model word verder benut om die evaluering van die program te bepaal.

Sekere aspekte van die program nl. die oordra van inligting i.v.m. die alkoholbeleid en die verspreiding van pamflette en plakkate is nie geïmplementeer nie weens redes wat uiteengesit is in hoofstuk 6.7 en 6.8. Die probleme wat ondervind is met die implementering van die program is nie vreemd in 'n werksituasie nie (Towers, Kishchuk, Sylvestre, Peters & Bourgault, 1994). Substansmisbruik is nie die primêre besigheid van die werksplek nie en ekstra tyd moet beskikbaar gestel word vir die implementering van die program. Daarbenewens is alkoholmisbruik 'n sensitiewe onderwerp en werkgewers, georganiseerde arbeid en werknemers het dikwels verskillende belange om te beskerm. Die aanbieding van die lewensvaardighedeprogram, die toesighouersopleiding en die skryf van die substansmisbruikbeleid het egter goed verloop. Lewensvaardighede opleiding en toesighoueropleiding word steeds voortgesit in die hospitaal. Die voorgestelde program is baie omvangryk en alhoewel die volle program nog nie geïmplementeer is nie, was dit goed om 'n formatiewe evaluering te doen om te bepaal watter aanpassings nodig is in die implementering. Die resultate van die evaluering word vervolgens bespreek.



## 7.4 Formatiëwe evaluëring van die program

'n Formatiëwe evaluëring is gedoen van die lewensvaardighedeprogram. Daar is gebruik gemaak van kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes in die evaluëring. Wat die kwantitatiewe metodes betref, is 'n eksperimentele ontwerp gebruik. Die *Comprehensive Personal Functioning Inventory (CPFI)* van die Perspektief Opleidingskollege (Faul & Hanekom, 2002) is gebruik om die psigososiale funksionëring, selfpersepsie en interpersoonlike verhoudings van respondente te meet. Die CPFI is 'n gestandaardiseerde vraelys en voldoen aan die vereistes van betroubaarheid en geldigheid. Die gegewens is verwerk met 'n rekenaarprogram, die Paswin 2000 (Faul & Hanekom, 2000) sowel as die statistiek program, SPSS. Alkoholgebruik en houdings teenoor matige alkoholgebruik is met 'n afsonderlike vraelys gemeet. Twee studies is gedoen aangesien die program in twee fases aangebied is.

### Bevindinge van die evaluëring

Die intervensie het nie 'n beduidende effek gehad op die psigososiale funksionëring van die eksperimentele groepe nie. Dit het uit die studie geblyk dat respondente probleme ervaar t.o.v. spanning, frustrasie, hulpeloosheid en selfpersepsie. Dit ondersteun die programteorie dat respondente alkohol gebruik omdat hulle probleme ervaar wat hulle nie doeltreffend hanteer nie.

In albei studies was daar geen beduidende verskil, voor en na die intervensie, in die aantal alkoholgebruikers, die aantal dae waarop werknemers alkohol gebruik of die aantal dae waarop werknemers meer as vyf drankies per geleentheid neem nie.

Daar was wel 'n beduidende verbetering in die eksperimentele groep se kennis van matige alkoholgebruik na die intervensie in albei studies. Die kontrolegroep se kennis van matige alkoholgebruik het nie beduidend toegeneem nie. Respondente se houding teenoor matige alkoholgebruik het nie beduidend verskil na die intervensie in enige van die studies nie. Die meeste mense het steeds nie matige alkoholgebruik aanvaarbaar gevind nie, het nie gedink dat dit 'n realistiese doelstelling in hulle gemeenskap is nie en het geheelonthouding beter gevind as matige alkoholgebruik.

Die grootste waarde wat die kwalitatiewe ontleding gehad het was dat inligting bekom is oor wyses waarop die program verbeter kan word. Daar was aanduiding dat nie alle deelnemers voldoende insig ontwikkel het in die materiaal wat aangebied is nie. Dit dui

daarop dat die aanbiedings nog meer konkreet kan wees en meer rollespele en groepbesprekings ingesluit kan word. 'n Verdere tekortkoming was dat daar waarskynlik nie genoeg oordrag plaasgevind het van die leersituasie na die alledaagse situasie van die werknemers nie. Respondente het nie goed reageer op die vraag oor wat hulle kon toepas van wat hulle tydens die vorige sessie geleer het nie.

'n Verdere aspek van die program was die opleiding van toesighouers. Ses-en-tagtig toesighouers van werkers in die algemene beroepskategorie is opgelei. Dit blyk uit die evaluering dat toesighouers se kennis van die hantering van probleemwerkers baie toegeneem het en dat hulle na die opleiding beduidend meer gemaklik gevoel het om werknemers te hanteer. Toesighouers het ook die sinvolheid en gehalte van die aanbiedings baie positief geëvalueer. Aangesien 'n formatiewe evaluering gedoen is, is slegs die kennis van toesighouers gemeet en is daar nie 'n objektiewe meting van vaardighede gedoen nie.

Pamflette en plakkate oor matige alkoholgebruik is nie versprei nie, aangesien die hospitaalbestuur van mening was dat sommige personeellede weens geloofsoortuigings aanstoot mag neem aan die boodskap van matige alkoholgebruik. Die alkoholbeleid van die hospitaal is hersien en verskeie rolspelers is betrek by die proses. Die beleid is tans in die proses om goedgekeur te word deur die bestuur van die hospitaal en georganiseerde arbeid. Die feit dat die beleidsdokument gesamentlik geformuleer is en bestaan, dui daarop dat sukses behaal is met hierdie aspek van die voorkomingsprogram. Indien die beleid goedgekeur word, moet dit aan werknemers gekommunikeer word en moet getrag word om eienaarskap van die beleid onder alle personeel te bevorder.

In die lig van die probleme met die implementering van die program wat hierbo uiteengesit is, nl. die feit dat nie alle groeplede insig gehad het in die programinhoud nie en dat die program selfs nog meer konkreet kon wees, dat daar soms nie genoeg oordrag plaasgevind het na alledaagse situasies nie en dat alle aspekte van die program nog nie ten volle geïmplementeer is nie (plakkate en pamflette, bekendstelling van die alkoholbeleid aan personeel) kan tot die gevolgtrekking gekom word dat die programteorie nie verwerp kan word nie. Die resultate van die studie moet eerder ondersoek word met die oog op die verbetering en verfyning van die program. Verbetering en verfyning van die program is dan ook een van die belangrikste doelstellings van 'n formatiewe evaluering. In die volgende afdeling sal die navorsingsresultate dus krities evalueer word met die oog op verbetering van die program. Die waarde van die eksperimentele metode en van teoriegebaseerde programevaluering sal ook bespreek word.

### **Bespreking van die navorsingsbevindinge**

Die bevindinge van die studie is in ooreenstemming met wat dikwels in eksperimentele programmevaluering bevind word. Dit is nl. moeilik om 'n positiewe impak te toon in programmevaluering. Donaldson (2003, p. 111) noem bv. dat baie evalueerders die resultate van programmevaluering beskryf as “a parade of null effects”. Shadish, Cook en Leviton (1991) haal vir Rossi aan wat volgens hulle pessimisties geword het oor wat programmevaluering kan bydra tot die verbetering van menslike probleme. Volgens Shadish Cook en Leviton (1991, p. 386) het Rossi in 1985 die volgende “wette” geformuleer tydens 'n aanbieding by die *State University* in New York:

“The Iron Law states: The expected value of any net impact of any social program is zero. That means that our best a priori estimate of a net assessment of a program is that it will have no effect. It also means that the average of net impact assessments of a large set of social programs will crawl asymptotically toward zero.

The Stainless Steel Law says: The better designed the impact assessment of a social program, the more likely is the net impact to be zero. This means that the more technically rigorous the net impact assessment, the more likely are its results to be zero-or no effect. This also means that controlled experiments with programs, the avowedly best approach to estimating net impacts-are more likely to show zero effects than other less rigorous approaches.

The Copper Law states: the more social programs are designed to change individuals, the more likely the net impact of the program will be zero. This law means that social programs designed to rehabilitate individuals by changing them in some way or another are more likely to fail.”

Rossi (1997. p.20) kom tot die gevolgtrekking dat die sosiale wetenskappe nog nie daarin kon slaag om suksesvolle programme te ontwikkel en te implementeer nie. Selfs in gevalle waar sukses behaal is, was die omvang van die sukses klein en onindrukwekkend. Volgens Rossi, is hierdie mislukking nie altyd te wyte aan metodologiese probleme nie, maar dui programmevaluering korrek aan dat die meeste sosiale programme min impak het. Dit dra by tot 'n realistiese siening dat sosiale probleme moeilik is om op te los en tot 'n gesonde skeptisisme oor kits-oplossings.

Programevaluering, en in besonder teorie-gedrewe programevaluering is egter steeds waardevol aangesien dit daartoe kan bydra dat programme inkrementeel verbeter kan word. Dit is belangrik dat programme wat nie onmiddellik positiewe resultate toon nie, verbeter word deurdat die redes vir die mislukking van die program ondersoek word en verbeteringe aangebring word. Rossi (1997, p.21) sê hiervan: 'There is an alternative to abandoning social programs because they have not turned out to be as good as we hoped they would be: improve their targeting, delivery and effectiveness. We need to invent programs that produce positive results and to be able to assemble credible evidence that they accomplish their intended tasks'.

Dit is veral Pawson en Tilley (1997, p. xvi en xvii) wat beklemtoon dat vordering in programontwikkeling gemaak word deur 'n proses waardeur teorie gebou en getoets word: "By and large, evaluation research is *reformist*; its basic goal is to develop initiatives which help to solve 'social problems' (Pawson & Tilley, 1997, p.12). Dit word bereik deurdat die programteorie bevestig, weerlê of verfyn word, sodat die program aangepas kan word of nuwe programme ontwikkel kan word. Op hierdie wyse word teorie gebou en kan daar sukses behaal word. Alhoewel daar dus in die huidige program nie positiewe bevindinge was t.o.v. die eksperimentele studie nie, is daar begin met die ontwikkeling van 'n teorie-gebaseerde voorkomingsprogram wat deur kumulatiewe studies kan lei tot beter alkoholmisbruikvoorkomingsprogramme in die werksplek. Die program kan op verskillende wyses verbeter word:

- Die programteorie kan verder verfyn word en alternatiewe teorieë kan ondersoek word. In 'n gesprek met mnr. T. Cronje van SANRA (Persoonlike kommunikasie, April, 2008) het hy bv. die teorie uitgespreek dat alkoholmisbruik by algemene werkers dikwels veroorsaak word deur 'n gevoel van uitsigloosheid. Daar is by algemene werkers dikwels 'n opeenhoping van frustrasie sonder dat dit gebalanseer word deur positiewe ervarings. Hierdie gevoel kan verander word deur aan werknemers die ervaring te gee van positiewe ontspanning en sukses (bv. deur sukses in sportaktiwiteite). Hierdie prestasies in sportaktiwiteite kan nie gehandhaaf word saam met alkoholmisbruik nie en dit lei soms daartoe dat werkers hulle lewenstyl heroorweeg. Volgens mnr. Cronje is daar met hierdie teorie sukses behaal in programme van die Landelike Stigting. (Die Landelike Stigting was 'n nie-regeringsorganisasie wat vroeër in die omgewing van Stellenbosch gefunksioneer het). Die teorie stem ooreen met die teorie wat in die huidige studie gebruik is, nl. dat sosiale probleme lei tot frustrasie wat lei tot alkoholmisbruik. Die programme wat geïmplementeer is, is egter verskillend. Die huidige program kan aangepas word

deur meer klem te lê op positiewe ontspanning in die programinhoud. Basiese navorsing kan ook onderneem word om die verband tussen lewensvaardighede en alkoholmisbruik verder te ondersoek.

- Die implementering van die lewensvaardighedeprogram kan verbeter word, ten einde te verseker dat 'n groter programmeffek verkry kan word wat weer kan bydra tot 'n statisties beduidende impak. Daar is reeds in die bespreking van die kwalitatiewe resultate gewys op wyses waarop die programimplementering verbeter kan word, nl. 'n meer konkrete aanbieding en aandag aan die oordrag van kennis wat in die klaskamersituasie opgedoen is, na die werklike lewe. Die inhoud van die program kan ook aangepas word, soos in die vorige paragraaf beskryf is.
- Die teikengroep kan aangepas word en verdere navorsing kan gedoen word om te bepaal of die program moontlik 'n groter impak het op 'n jonger teikengroep. Volgens Pawson en Tilley (1997) het die eksperimentele metode beperkinge wanneer evaluering gedoen word. Een van die beperkinge is toevallige toewysing aan eksperimentele en kontrolegroepe omdat dit soms reeds die faktore is wat in die eksperiment gekontroleer word, wat 'n belangrike rol speel in die resultate van die intervensie. Pawson en Tilley (1997) noem dat dit belangrik is om te bepaal *vir wie* die program suksesvol is *onder watter omstandighede*.

Anders as Rossi (1997) glo ander navorsers (Lipsey, 1990; Donaldson, 2003) dat baie programme wel effektief is, maar dat die meting nie sensitief genoeg is om verskille te identifiseer nie. Donaldson glo dat baie programme as oneffektief geklassifiseer word, terwyl die programme eintlik baie waarde het om sosiale probleme op te los. Die klem op interne geldigheid en objektiwiteit lei daartoe dat navorsers trag om tipe 1 foute te vermy (m.a.w. om wel 'n verskil te meet waar daar geen verskil bestaan nie). In die proses om tipe 1 foute te vermy, word tipe 2 foute, volgens Donaldson, egter dikwels begaan, m.a.w. werklike verskille wat deur die program veroorsaak is, word nie erken nie.

Lipsey (1990, p. 14) noem ses faktore wat 'n invloed het op die sensitiwiteit van eksperimentele navorsing:

- Die grootte van die effek wat bepaal moet word.
- Die heterogeniteit van die proefpersone: individuele verskille tussen die proefpersone t.o.v. die afhanklike veranderlike.
- Die grootte van die steekproef.

- Eksperimentele foute: Variasie in die wyse waarop proefpersone behandel word gedurende die navorsing.
- Meting: Probleme met die meetinstrument.
- Data-analise: Probleme met statistiese data analyse tegnieke waarvolgens beduidendheid bepaal word.

Al hierdie faktore kon in die huidige studie 'n rol gespeel het. Wat betref die grootte van die effek, het die kwalitatiewe studie daarop gedui dat 'n beter resultaat moontlik verkry word indien die program op 'n meer konkrete wyse aangebied is en indien daar meer gebruik gemaak is van rolspel. Dit het ook aan die lig gekom dat daar probleme was met die oordrag van die vaardighede wat aangeleer is na die werklike lewe. Die program kan dus verbeter word deur hierdie faktore in ag te neem.

Die proefpersone was ook baie verskillend t.o.v. die lewensvaardighede waaroor hulle wel beskik het en die mate waartoe hulle alkohol gebruik het. Dit sou dus die moontlikheid dat statistiese beduidendheid verkry kan word, verhoog indien die teikengroep meer homogeen was. Alhoewel die idee was om 'n voorkomingsprogram aan te bied wat op 'n breë groep van algemene werkers, (primêre voorkoming) gerig is, moet die program moontlik eers getoets word t.o.v. 'n meer homogene groep. Die program kan bv. in 'n spesifieke afdeling aangebied word of t.o.v. 'n spesifieke ouderdomsgroep of net t.o.v. mans.

Die grootte van die steekproef speel ook 'n rol in statistiese beduidendheid. Die steekproef in die huidige studie was betreklik klein (45 persone in die eksperimentele groep in die eerste studie en 41 in die tweede studie). Aangesien daar 'n positiewe neiging was in beide studies, bestaan die moontlikheid dat met 'n groter steekproef statistiese beduidendheid wel verkry kon word.

Die meetinstrument vir die spesifieke studie is gekies omdat dit gestandaardiseer is vir Suid-Afrikaanse omstandighede en in die belangrikste landstale beskikbaar is. Die instrument is ook volgens die beskrywing daarvan geskik vir die teikengroep. Dit het egter geblyk dat die instrument besondere eise aan die teikengroep gestel het aangesien dit lank geneem het om te voltooi en die bewoording soms moeilik was. Dit bring die geldigheid en betroubaarheid van die skaal in gedrang en beteken dat ander meetinstrumente ontwikkel moet word vir gebruik met die besondere teikengroep.

Lipsey 1990, p. 172) is van mening dat die probleme met statistiese beduidendheid soms van so 'n groot omvang is dat oorweeg moet word om nie eksperimentele navorsing te doen nie. "While causality is an important issue in treatment, it is not the only issue. Many aspects of treatment delivery, the nature of the treatment, and the responses and conditions for response by its intended beneficiaries deserve close study and do not always necessitate experimental design Volgens Lipsey is daar ook aspekte wat aandag moet geniet voordat navorsing oor die effektiwiteit van die program gedoen kan word: "Among these are development of treatment theory, measurement of treatment strength and integrity, investigation of candidate dependent measures, identification of sources of subject heterogeneity and appropriate covariates, and the like. Study of these matters generally requires some mix of descriptive, correlational, and qualitative research that typically raises less acute power issues than does experimental research." In hierdie studie het die geïntegreerde gebruik van die eksperimentele metode en die kwalitatiewe metode egter groot waarde gehad daarin dat bepaal is dat die program nie 'n statisties beduidende verskil gehad het nie, maar dat die probleem waarskynlik eerder geleë is in die implementering van die program as in die geldigheid van die programteorie. Belangrike afleidings kon gemaak word van die resultate van die studie waarvolgens die program ontwikkel en verbeter kan word. Gebruik van die eksperimentele metode verskaf betroubare inligting oor die effektiwiteit van die program. Indien slegs kwalitatiewe metodes gebruik sou word, sou daar moontlik verkeerdelik aangeneem kon word dat die program effektief is en sou daar die resultate nie verder ontleed word met die oog op verbetering van die program nie.

Die feit dat die program uit verskillende komponente bestaan, kompliseer die evalueringstaak. Verskillende aktiwiteite lei tot verskillende ingrypingsmeganismes wat die impak van die program bepaal. Alkoholmisbruik word deur verskillende faktore veroorsaak en een enkele faktor sal waarskynlik nie 'n groot impak op die probleem hê nie. Dit is egter moontlik om tussenkomende veranderlikes te meet, soos bv. psigo-sosiale funksionering in hierdie program. Bickman (1983) toon aan dat dit soms nodig is om meer beskeie doelstellings na te streef in die evaluering van veral voorkomingsprogramme: Bickman (1983, p.190) beskryf die evalueringsaktiwiteite van 'n organisasie waarby hy betrokke was, soos volg: " "They began to examine more proximal goals, related to whether or not the program was successfully implemented, and whether it affected knowledge and attitudes. They also measured some behaviors, but not necessarily behaviors directly reflecting the ultimate goals. They had finally come to admit that it was too complex to try to demonstrate that any single program had produced a substantial impact on the ultimate criterion. The difference between proximal and distal goals is an important political, as well as conceptual,

distinction that must be grappled with in evaluating prevention programs. In voorkomingsprogramme is dit besonder moeilik om langtermynuitkomste te meet. Die meting van onmiddellike uitkomste i.p.v. langtermynimpak is 'n wyse waarop organisasies bewys kan lewer van suksesvolle voorkomingsprogramme, veral indien dit uit die literatuur bewys kan word dat onmiddellike uitkomste lei tot die verlangde impak. Die voorwaarde is egter dat die onmiddellike uitkomste dan ook op 'n wetenskaplik verantwoordbare wyse gemeet moet word.

## **7.5 Tekortkominge van die studie**

Alkoholmisbruik is 'n sensitiewe onderwerp en die navorser het dus verwag dat daar bedenkinge en selfs agterdog sou wees by die bestuur van die hospitaal, by werknemersorganisasies en by werknemers self. Werknemersorganisasies en werknemers kon bekommerd wees dat hulle deelname hulle kon stigmatiseer en dat daar moontlik teen hulle opgetree kon word indien hulle te kenne sou gee dat hulle alkoholverwante probleme ondervind. Dit het dan ook 'n negatiewe effek gehad op die voltooiing van vraelyste en die implementering van die program sodat die deelname nie altyd na wense was nie. Ander aspekte wat die implementering van die program negatief beïnvloed het, was werksdruk sodat werknemers nie altyd beskikbaar was om programme by te woon nie, skofwerk en afwesigheid van werk wat ook bywoning belemmer het.

Die grootste leemte van die studie was dat die navorser nie daarin kon slaag om die bestuur van die hospitaal te motiveer om eienaarskap van die program te aanvaar en betrokke te wees by die program nie. Die navorser het getrag om die samewerking van die bestuur te verkry en om navorsingsresultate aan hulle bekend te stel, met die oog op gesamentlike beplanning van die program en eienaarskap deur die verskillende rolspelers. Dit was egter nie moontlik nie, aangesien die bestuur nie bereid was om tyd af te staan aan die program nie. Ander prioriteite en bestuursprobleme het waarskynlik die tyd beperk wat bestuur aan die program kon afstaan. Gedurende die implementering van die program was daar ook spanning tussen georganiseerde arbeid en die bestuur en dit het die implementering van die program negatief beïnvloed. Openlike ondersteuning van die program deur bestuur kon egter deelname bevorder het en die bestuur kon ook bv. die goedkeuring van die substansmisbruikbeleid bespoedig het. Bestuur handhaaf ook 'n konserwatiewe houding teenoor matige alkoholgebruik en gesprek hieroor is bemoeilik deur hiërargiese kommunikasie kanale. Die ervaring van die navorser in hierdie verband, stem ooreen met wat reeds in die literatuur beskryf is. Sonnenstuhl (2002) noem selfs dat die idee dat bestuur programme instel op rasonale gronde 'n mite is. Programme word eerder geïmplementeer



omdat dit as polities korrek beskou word om die program te implementeer of om bestuur se legitimiteit by die regering, kompeterende inrigtings, kliënte en werknemers te bevestig. Nietemin moet daar voortgegaan word met die pogings om verskillende rolspelers te betrek by die program aangesien dit 'n voorvereiste is vir suksesvolle implementering.

Die evaluering van die program is onmiddellik na afloop van die program gedoen en langtermynresultate is nie beskikbaar nie. Dit is moontlik dat meer positiewe resultate verkry kon word ná 'n langer tydsverloop en nadat respondente geleentheid gehad het om die vaardighede wat hulle aangeleer het toe te pas. Snow, Swan en Wilton (2002) het bv. gevind dat die effek van hulle lewensvaardighede program op alkoholmisbruik nie onmiddellik na die studie sigbaar was nie, maar dat daar na 6 maande wel 'n betekenisvolle effek was. Die doel van die evaluering was egter formatief van aard en gerig op die verbetering van die program. Die impak van die studie kan eers bepaal word nadat die volledige program op 'n geïntegreerde wyse aangebied is.

'n Verdere probleem was 'n tekort aan meetinstrumente om psigososiale funksionering te meet wat vir 'n Suid-Afrikaanse bevolking geskik is. Die instrument wat in hierdie studie gebruik is, was die enigste beskikbare instrument wat gestandaardiseer is en wat voldoen aan die vereiste van die studie. Die instrument neem egter baie tyd in beslag om te voltooi en was in sommige gevalle te ingewikkeld vir die teikengroep.

Ten spyte van bg. beperkinge, is daar tog daarin geslaag om die program suksesvol aan te bied en is getrag om die integriteit van die eksperimentele studie te behou. Die feit dat die navorser reeds vir etlike jare in die personeelondersteuningseenheid werk en die vertroue van baie werknemers geniet, het bygedra tot die suksesvolle implementering van die program.

## **7.6 Aanbevelings**

7.6.1 Voorkomingsprogramme t.o.v. alkoholmisbruik moet gegrond wees op 'n eksplisiete programteorie, en moet nie op 'n probeer-en-tref wyse aangebied word nie. In die ontwikkeling van die programteorie moet kennis geneem word van bestaande teoretiese kennis sowel as die behoeftes en kenmerke van die teikengroep.

7.6.2 Wat teoretiese benaderinge betref, moet kennis geneem word dat die gee van inligting nie voldoende is nie. Programme wat gebaseer is op 'n sosiale leermodel,

gedragsverandering, en 'n waarde/besluitneming model is meer suksesvol en programme wat poog om die kultuur van die organisasie te verander, toon belofte.

- 7.6.3 Programme moet multidimensioneel van aard wees. Dit behels dat daar in voorkomingsprogramme nie net op een aspek van die probleem gefokus word nie, aangesien die oorsake van alkoholmisbruik multidimensioneel van aard is. Samewerking tussen verskillende sisteme word aanbeveel.
- 7.6.4 Dit word aanbeveel dat 'n opname in elke werksplek gedoen word om die eienskappe en behoeftes van die teikengroep te bepaal, voordat die programteorie geformuleer en die program ontwikkel word.
- 7.6.5 Fokusgroepbesprekings kan verder bydra tot die formulering van die programteorie en kan reeds bewustheid kweek en werknemers 'n gevoel van eienaarskap van die voorkomingsprogram gee.
- 7.6.6 Die bestuur van die werksplek en werknemersorganisasies moet betrek word by fokusgroepbesprekings om hulle ondersteuning van die program te verseker. Die bestuur se ondersteuning is van kardinale belang vir die implementering van die program.
- 7.6.7 In die aanbieding van lewensvaardighedekursusse moet daar in gedagte gehou word dat herhaling waarskynlik nodig is om 'n impak te hê op werknemers. Die materiaal moet ook aangepas word by die ontwikkelingsvlak van die werknemers en die aanbieder moet verseker dat oordrag plaasvind uit die leersituasie na die werklike lewe van die werknemer.
- 7.6.8 Die bevordering van 'n kultuur van matige alkoholgebruik kan lei tot 'n vermindering in die negatiewe gevolge van alkoholmisbruik. Die boodskap wat oorgedra moet word, is nie dat geheelonthouers matig moet drink nie, maar dat persone wat wel alkohol gebruik, dit matig moet doen.
- 7.6.9 Elke werksorganisasie behoort 'n substansmisbruikbeleid te hê waarin die beleid t.o.v. die gebruik/misbruik van substansie en die dissiplinêre gevolge indien werksprestasie deur misbruik geraak word duidelik gekommunikeer word en waarin voorsiening gemaak word vir behandeling en voorkoming van substansmisbruik. Die

formulering en toepassing van die beleid kan bydra tot 'n kultuur waarin misbruik nie aanvaar word nie.

- 7.6.10 Werksfaktore wat bydra tot alkoholmisbruik, behoort ook in 'n voorkomingsprogram geïdentifiseer en aangespreek te word.

## **7.7 Aanbevelings t.o.v. verdere navorsing**

- 7.7.1 Die huidige program moet verder ontwikkel word. Dit behels dat die programteorie verder verfyn moet word en alternatiewe teorieë ondersoek moet word, die implementering van die program verbeter moet word en die teikengroep meer homogeen moet wees, soos in hoofstuk 7.4 bespreek is. Ander aspekte van die program, bv. die bekendstelling van die substansmisbruikbeleid, die opleiding van toesighouers en die bevordering van 'n kultuur van matige alkoholgebruik moet ook aandag geniet. Ander navorsers en organisasies wat betrokke is by substansmisbruikvoorkoming, kan verder bydraes lewer om die program te verfyn en ontwikkel.
- 7.7.2 Wat verdere navorsing betref, word aanbeveel dat teoriegebaseerde evaluering die basis vorm van alle toekomstige voorkomingsprogramme. Dit is alleen deur die toetsing van 'n teorie dat suksesvolle programme uiteindelik ontwikkel kan word en dat 'n bydrae gelewer kan word tot verbeterde dienslewering.
- 7.7.3 Welsynsorganisasies moet 'n meer aktiewe rol speel in die ontwikkeling en evaluering van sosiale programme. Die ontwikkeling van die programme behoort 'n spesialisfunksie binne die organisasie te wees. Anders gestel, daar behoort onderskeid getref te word tussen die voortgaande monitering van programme en die bepaling van uitkomst en die in diepte evaluering van programme wat as doelstelling het die ontwikkeling van programteorie en die bepaling van die oorsaaklike faktore in 'n suksesvolle program. Indien evaluering moet lei tot beter sosiale funksionering vir die verbruikers van welsynsorganisasies se dienste, is dit nodig dat programme ontwikkel moet word wat gegrond is op teorie en navorsing.
- 7.7.4 Verdere navorsing is nodig t.o.v. die ontwikkeling van meet instrumente wat geskik is om die psigososiale funksionering van laaggeskoolde werknemers te meet en wat nie te veel tyd in beslag neem nie.

7.7.5 Die hipotese wat gedurende die studie ontwikkel is dat 'n kultuur van matige alkoholgebruik nie by die teikengroep van hierdie studie bestaan nie en dat 'n alles-of-niks kultuur t.o.v. alkoholgebruik bestaan wat lei tot misbruik van alkohol, behoort verder ondersoek te word. Die verdere hipotese dat 'n verandering in die kultuur (sodat matige alkoholgebruik aanvaarbaar is en misbruik nie aanvaar word nie) sal lei tot 'n vermindering in alkoholmisbruik moet ook ondersoek word.

## 7.8 Samevatting

Donaldson (2003, p. 113) beskryf sy visie vir sosiale programme soos volg: "My vision for a more ideal situation as we move farther into the new millennium is that *most social programs* will be 1) well-designed and based on sound theory and research; 2) implemented with high fidelity; 3) evaluated in a manner that minimizes the chances of design sensitivity and validity errors; 4) evaluated in a way that empowers stakeholders to use findings to continuously improve their efforts; and 5) evaluated so that cumulative knowledge and wisdom about social programming is advanced". Daar is steeds 'n wye gaping tussen dié ideaal en die wyse waarop sosiale programme tans aangebied word. Hierdie studie verteenwoordig 'n illustrasie van die proses waardeur voorkomingswerk verantwoord kan word deur die werk teoreties te begrond. Die studie demonstreer beide die ontwikkeling van die programteorie en die teoriegebaseerde evaluering van die program. Die studie toon ook hoedat formatiewe evaluering gebruik kan word om die program te verbeter. Voorts is daar in die studie 'n program ontwikkel wat gegrond is op 'n goeie teoretiese basis en die kenmerke van die teikengroep. Daar was nie 'n statisties beduidende impak van die program nie, maar die program kan as beginpunt dien vir verdere ontwikkeling en verfyning. Meer studies van hierdie aard kan daartoe lei dat voorkomingsprogramme op 'n meer wetenskaplike grondslag geplaas word en dat geldige programteorieë ontwikkel word. Teoriegebaseerde evaluering kan bydra tot meer vertroue in die sosiale wetenskappe en die programme wat ontwikkel word. Indien sosiale wetenskaplikes professionele aansien wil geniet, sal hulle moet aantoon dat hulle werk wetenskaplik verantwoord kan word en nie op 'n probeer-en-tref wyse aangebied word nie. Alhoewel dit nie maklik is om voorkomingsprogramme op hierdie wyse te ontwikkel en te evalueer nie, dra dit op 'n persoonlike vlak tog by tot werksbevreëdiging aangesien die werk op logiese gronde verdedig kan word.

## LITERATUURLYS

ABRAMS, D.B. and NIAURA, R.S. 1987. Social learning theory. In: BLANE, H.T. and LEONARD, K.E. (Eds), **Psychological theories of drinking and alcoholism**. New York: The Guilford Press.

AJZEN, I. and FISHBEIN, M. 1980. **Understanding attitudes and predicting social behaviour**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

ALBERTYN, C. and McCANN, M. 1993. **Alcohol, employment and fair labour practice**. Cape Town: Juta and Co, Ltd.

ALTSCHULD, J.W. and WITKIN, B.R. 1999. **From needs assessment to action: Transforming needs into solution strategies**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

AMES, G. 1993. Research and strategies for the primary prevention of workplace alcohol problems. **Alcohol, health and research world**, 17(1):19-27.

AMES, G.M. and GRUBE, J.W. 1999. Alcohol availability and workplace drinking: Mixed method analyses. **Journal of studies on Alcohol**, 60(May):383-393.

AMES, G.M., GRUBE, J.W. and MOORE, R.S. 1997. The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: An empirical study. **Journal of studies on alcohol**, 58(1):37-47.

AMES, G. and JANES, C. 1990. Drinking, social networks and the workplace: Results of an environmentally focused study. In: ROMAN (Ed), 1990. **Alcohol problem intervention in the workplace**. Westport,CT: Quorum Books.

ANDERSON, D.R. and WILLIAMS, S.J. 1987. Comprehensive evaluation of a worksite health promotion program: The StayWell program at Control Data. In: KLARREICH, S.H. (Ed). 1987. **Health and fitness in the workplace**. New York: Praeger Publishers.

ANSPAUGH, D.J., DIGNAN, M.B. and ANSPAUGH, S.L. 2000. **Developing health promotion programs**. Boston: Mc Graw Hill.

APGAR, K. 1982. **Life education in the workplace**. New York: Family Service Association of America.

ARTHUR, M.W. and BLITZ, C. 2000. Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. **Journal of community psychology**, 28,3:241-255.

BABBIE, E. and MOUTON, J. 2001. **The practice of social research**. Southern Africa: Oxford University Press.

BABOR, T.F., STEINBERG, K., ANTON, R. and DEL BOCA, F.K. 2000. Talk is cheap: Measuring drinking outcomes in clinical trials. **Journal of studies on alcohol**, 61.1: 55-63.

BANDURA, A. 1969. **Principles of behaviour modification**. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

BANDURA, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, 84(2):191-215.

BARTHOLOMEW, L.K., PARCEL, G.S., KOK, G. and GOTTLIEB, N.H. 2006. **Planning health promotion programs: an intervention mapping approach**. San Francisco: Jossey Bass.

BECK, J. 1998. 100 Years of "just say no" versus "just say know": Reevaluating drug education goals for the coming century. **Evaluation review**, 22(1):15-45.

BENNETT, J.B. and LEHMAN, W.E.K. 1996. Employee attitude crystallization and substance use policy: Test of a classification scheme. **Journal of drug issues**, 26(4):831-864.

BENNETT, J.B. and LEHMAN, W.E.K. 1998. Workplace drinking climate, stress, and problem indicators: assessing the influence of teamwork (group cohesion). **Journal of studies on alcohol**, 59(5):608-618.

BENNETT, J.B. and LEHMAN, W.E.K. (ed). 2002. **Preventing workplace substance abuse: Beyond drug testing to wellness**. Washington, DC: American Psychological Association.

BICKMAN, L. 1983. The evaluation of Prevention Programs. **Journal of social issues**, 39(1):181-194.

BICKMAN, L. 1987. The functions of program theory. **New directions for program evaluation**, 33:5-18.

BICKMAN, L. and ROG, D.J. 1998. **Handbook of applied social research methods**. Thousand Oaks: Sage Publications.

BILLINGS, A.G. and MOOS, R.H. 1983. Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. **Addictive behaviors**, 8:205-218.

BIRCKMAYER, J.D. and WEISS, C.H. 2000. Theory-based evaluation in practice: What do we learn? **Evaluation review**, 24(4):407-431.

BLANE, H.T. and LEONARD, K.E. 1987. **Psychological theories of drinking and alcoholism**. New York: The Guilford Press.

BOTELHO, R.J. and RICHMOND, R. 1996. Secondary prevention of excessive alcohol use: Assessing the prospects of implementation. **Family Practice**, 13(2):182-193.

BOTVIN, G.J., BAKER, E., DUSENBURY, L., BOTVIN, E. and DIAZ, T. 1995. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. **Journal of the American medical association**, 273(14):1106-1112.

BOTVIN, G.J. and GRIFFEN, K.W. 2005. School-based programs. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B. and LANGROD, J.G. **Substance abuse: A comprehensive textbook**. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens.

BOWLING, A. 1992. **Measuring health: A review of quality of life measurement scales**. Philadelphia: Open University Press.

BRACE, N., KEMP, R. and SNELGAR, R. 2000. **SPSS for psychologists**. Hampshire: Palgrave.

BROCHU, S. and SOULIERE, M. 1988. Long-term evaluation of a life skills approach for alcohol and drug abuse prevention. **Journal of drug education**, 18(4):311-331.

BURNARD, P. 1989. **Teaching interpersonal skills**. London: Chapman and Hall.

CACCIOLA, J. and WOODY, G.E. 2005. Evaluation and early treatment. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B. and LANGROD, J.G. **Substance abuse: A comprehensive textbook**. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens.

CAMPBELL, D.T. and STANLEY, J.C. 1963. **Experimental and quasi-experimental designs for research**. Chicago: Rand McNally.

CAPPELL, H. and GREELEY, J. 1987. Alcohol and tension reduction: An update on research and theory. In: BLANE, H.T. and LEONARD, K.E. **Psychological theories of drinking and alcoholism**. New York: The Guilford Press.

CELLUCCI, T. 1984. The prevention of alcohol problems. In: MILLER, P.M. and NIRENBERG, T.D. **Prevention of alcohol abuse**. New York and London: Plenum Press.

CHANEY, E.F., O' LEARY, M. and MARLATT, G.A. 1978. Skill training with alcoholics. **Journal of consulting and clinical psychology**, 46(5):1092-1104.

CHEN, H. and ROSSI, P.H. 1983. Evaluating with sense: the theory-driven approach. **Evaluation review**, 7(3):283-302.

CHEN, H. and ROSSI, P.H. 1987. The theory-driven approach to validity. **Evaluation and program planning**, 10:95-103.

CHEN, H. 1990. **Theory-driven evaluations**. California: Sage Publications, Inc.

CILLIERS, E. 1988. **Ons gesin in die kol**. Pretoria: Dibukeng uitgewers.



CLAYTON, R.R., CATTARELLO, A.M. and JOHNSTONE, B.J. 1996. The effectiveness of drug abuse resistance education (Project DARE): 5-Year follow-up results. **Preventive medicine**, 25(3):307-318.

CLONINGER, C.R. 2004. Genetics of substance abuse. In: GALANTER, M.D., and KLEBER, H.D. 2004. **Textbook of substance abuse treatment**. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

COLLINS, S. (Ed.) 1990. **Alcohol, social work and helping**. London: Routledge.

CONNORS, G.J. and WALITZER, K.S. 2001. Reducing alcohol consumption among heavy drinking women: Evaluating the contributions of life-skills training and booster sessions. **Journal of consulting and clinical psychology**, 69(3):447-456.

CONYNE, R.K. 1994. Reviewing the primary prevention of substance abuse: elements in successful approaches. In: LEWIS, J.A. 1994. **Addictions: concepts and strategies for treatment**. Maryland: Aspen Publishers.

COOK, R.F. and YOUNGBLOOD, A. 1990. Preventing substance abuse as an integral part of worksite health promotion. **Occupational medicine**, 5(4):725-738.

COOK, R., ROEHL, J., OROS, C. and TRUDEAU, J. 1994. Conceptual and methodological Issues in the evaluation of community-based substance abuse prevention coalitions: Lessons learned from the national evaluation of the community partnership program. **Journal of community psychology**, Special Issue:155-169.

COOK, R.F., BACK, A. and TRUDEAU, J. 1996a. Substance abuse prevention in the workplace: Recent findings and an expanded conceptual model. **The journal of primary prevention**, 16(3):319-339.

COOK, R.F., BACK, A. and TRUDEAU, J. 1996b. Preventing alcohol use problems among blue-collar workers: A field test of the *Working People Program*. **Substance use and misuse**, 31(3):255-275.

COOK, R.F., BACK, A.S., TRUDEAU, J. and MCPHERSON, T. 2002. Integrating substance abuse prevention into health promotion programs in the workplace: A social cognitive intervention targeting the mainstream user. In: BENNETT, J.B. and LEHMAN, W.E.K. (Eds). **Preventing workplace substance abuse. Beyond drug testing to wellness.** Washington, DC: American Psychological Association.

COOPER, M.L., RUSSELL, M. and GEORGE, W.H. 1988. Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. **Journal of abnormal psychology**, 97(2):218-230.

CORCORAN, K. and FISHER, J. 2000. **Measures for clinical practice. Vol 1: Couples, families, and children.** New York: The Free Press.

COVEY, S.R. 1989. **The seven habits of highly effective people.** London: Simon and Schuster Ltd.

COX, W. M. 1987. Personality theory and research. In: BLANE, H.T. and LEONARD, K.E. 1987. **Psychological theories of drinking and alcoholism.** New York: The Guilford Press.

CRONBACH, L.J. 1980. **Toward reform of program evaluation.** California: Jossey-Bass Inc., Publishers.

CYR, M.G. and WARTMAN, S.A. 1988. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. **Journal of the American medical association**, 259(1):51-54.

CYSTER, R. and McEWAN, J. 1987. Alcohol education in the workplace. **Health education journal**, 46(4):156-161.

CYSTER, R. and McEWAN, J. 1988. Alcohol problems at work: a new approach? **Public health**, 102:373-379.

DELANEY, W.P. and AMES, G. 1995. Work team attitudes, drinking norms, and workplace drinking. **The journal of drug issues**, 25(Spring):275-290.

DEL BOCA, F.K. and DARKES, J. 2003. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. **Addiction**, 98, supplement 2:1-12.

DEPT. MAATSKAPLIKE WERK. 2003. **Ongepubliseerde jaarverslag van die personeelondersteuningseenheid, Tygerberg hospitaal.**

DEPT. MAATSKAPLIKE WERK. 2004. **Ongepubliseerde jaarverslag van die personeelondersteuningseenheid, Tygerberg hospitaal.**

DEPT. MAATSKAPLIKE WERK. 2005. **Ongepubliseerde jaarverslag van die personeelondersteuningseenheid, Tygerberg hospitaal.**

DEPT. MAATSKAPLIKE WERK. 2006. **Ongepubliseerde jaarverslag van die personeelondersteuningseenheid, Tygerberg hospitaal.**

DEPT. MAATSKAPLIKE WERK. 2007. **Ongepubliseerde jaarverslag van die personeelondersteuningseenheid, Tygerberg hospitaal.**

DE VOS, A.S. 2001. **Research at grass roots.** Pretoria: Van Schaik Publishers.

DICKMAN, F. and CHALLENGER, B.R. 1997. Employee assistance programs: A historical sketch. In: HUTCHINSON, W.S. and EMENER, W.G. **Employee assistance programs.** Springfield, Illinois U.S.A: Charles C Thomas Publisher, Ltd.

DOBSON, K.S. and CRAIG, K.D. 1998. **Empirically supported therapies.** London: Sage Publications.

DODGEN, C.E. and SHEA, W.M. 2000. **Substance use disorders: Assessment and treatment.** San Diego: Academic Press.

DONALDSON, S.I. 2003. **Theory-driven program evaluation in the new millennium.** In: DONALDSON, S.I. and SCRIVEN, M. (Eds). 2003. **Evaluating social programs and problems.** London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

DONALDSON, S.I. and SCRIVEN, M. (Eds). 2003. **Evaluating social programs and problems.** London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

DUFFY, K.G. and WONG, Y.F. 2003. **Community psychology**. Boston: Pearson Education, Inc.

DUSENBURY, L. 1999. Workplace drug abuse prevention initiatives: A review. **The journal of primary prevention**, 20(2):145-156.

EDWARDS, G. 1995. **Alcohol policy and the public good**. New York: Oxford University Press.

EVANS, D.R., LEVY, L.M.L., PILGRIM, A.E., POTTS, S.M. and ALBERT, W.G. 1985. The community alcohol use scale: A scale for use in prevention programs. **American journal of community psychology**, 13(6):715-731.

FARBER, P.D., KHAVARI, K.A. and DOUGLASS, F.M. 1980. A factor analytic study of reasons for drinking: Empirical validation of positive and negative reinforcement dimensions. **Journal of consulting and clinical psychology**, 48(6):780-781.

FASFACTS 2006. **Information about fetal alcohol syndrome**. Retrieved 16 March 2008 from the world wide web: <http://www.fasfacts.org.za/fasinfo.htm>.

FAUL, A.C. and HANEKOM, A.J. 2002. **Multi-Screening inventory. Technical manual**. Silverton: Perspektief Training College.

FELNER, R.D., FELNER, T.Y. and SILVERMAN, M.M. 2000. **Prevention in mental health and social intervention**. In: RAPPAPORT, J. and SEIDMAN, E. (Eds). 2000. **Handbook of community psychology**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

FENNELL, M.L., RODIN, M.B. and KANTOR, G.K. 1981. Problems in the work setting, drinking and reasons for drinking. **Social forces**, 60(1):114-132.

FINNEY, J.W. and MOOS, R.H. 1989. Theory and method in treatment evaluation. **Evaluation and program planning**, 12:307-316.

FISHER, G.L. and HARRISON, T.C. 2000. **Substance abuse**. Boston: Allyn and Bacon.

FOSTER, J.J. 1998. **Data analysis using SPSS for Windows**. London: Sage Publications.

GALANTER, M.D. and KLEBER, H.D. 1999. **Textbook of substance abuse treatment, 2<sup>nd</sup> edition.** Washington: American Psychiatric Press, Inc.

GALANTER, M.D. and KLEBER, H.D. 2004. **Textbook of substance abuse treatment, 3<sup>d</sup> edition.** Washington: American Psychiatric Press, Inc.

GAZDA, G.M. and BROOKS, D.K. 1985. Life skills training In L'ABATE, L. and MILAN, M (Eds). 1985. **Handbook of social skills training and research.** New York: Wiley Publishers.

GILL, J. 1994. Alcohol problems in employment: Epidemiology and responses. **Alcohol and alcoholism**, 29(3):233-248.

GOLDMAN, M.S. 1998. Alcohol abuse and dependence: The process of empirical validation. In: DOBSON, K.S. and CRAIG, K.D. 1998. **Empirically supported therapies.** London: Sage Publications.

GOLDSTEIN, A.P, GERSHAW, N.J. and SPRAFKIN, R.P. 1985. Structured learning: Research and practice in psychological skill training. In: L'ABATE, L. and MILAN, M. **Handbook of social skills training and research.** New York: Wiley Publishers.

GORMAN, D.M. 1992. Using theory and basic research to target primary prevention programs: recent developments and future prospects. **Alcohol and alcoholism**, 27(6):583-594.

GORMAN, D.M. 1997. The failure of drug education. **The public interest**, Fall:50-60.

GUBA, E.G. and LINCOLN, Y.S. 1989. **Fourth generation evaluation.** California: Sage publications, Inc.

HANSEN, W.B. 1994. Prevention of alcohol use and abuse. **Preventive medicine**, 23:683-687.

HANSEN, G.R., VENTURELLI, P.J. and FLECKENSTEIN, A.E. 2002. **Drugs and society.** Boston: Jones and Bartlett Publishers.

HATRY, H.P. 1997. Outcomes measurement and social services: Public and private sector perspectives. In: MULLEN, E.J. and MAGNABOSCO, J.L. 1997. **Outcomes measurement in the human services**. Washington, DC: NASW Press.

HEIRICH, M. and SIECK, C.J. 2000. Worksite cardiovascular wellness programs as a route to substance abuse prevention. **Journal of occupational and environmental medicine**, 42(1):47-56.

HEATHER, N. and ROBERTSON, I. 1997. **Problem drinking**. New York: Oxford University Press.

HOLDER, H.D. 1990. Prevention of alcohol problems in the workplace: A public policy perspective. In: ROMAN, P. 1990. **Alcohol problem intervention in the workplace**. Westport, CT: Quorum Books.

HOLDER, H.D. 1997. Need for a scientific basis for alcohol-involved problem prevention including a consideration of cost and effectiveness. **Substance use and misuse**, 32(2):203-209.

HOLDER, H.D., SALTZ, R.F., TRENO, A.J., GRUBE, J.W. and VOAS, R.B. 1997. Evaluation design for a community prevention trial. **Evaluation review**, 21(2):140-165.

HOLDER, H.D. 1998. Planning for alcohol-problem prevention through complex systems modeling: Results from *SimCom*. **Substance use and misuse**, 33(3):669-692.

HOLDER, H.D. 2004. Prevention of alcohol-related problems. In: GALANTER, M.D. and KLEBER, H.D. (Eds). 2004. **Textbook of substance abuse treatment**. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

HOPKINS, R.H., MAUSS, A.L., KEARNEY, A. and WEISHEIT, R.A. 1988. Comprehensive evaluation of a model alcohol education curriculum. **Journal of studies on alcohol**, 49(1):38-50.

HOWE, B. 1989. **Alcohol education**. London: Tavistock/Routledge.

HUTCHINSON, W.S. and EMENER, W.G. 1997. **Employee assistance programs**. Springfield, Illinois U.S.A: Charles C Thomas Publisher, Ltd.

HUYSAMEN, G. 1976. **Beskrywende statistiek vir die sosiale wetenskappe**. Pretoria: Academica.

JELLINEK, E.M. 1960. **The disease concept of alcoholism**. New Haven: Connecticut:Hillhouse Press.

JOHNSON, D.E., MEILLER, L.R., MILLER, L.C. and SUMMERS, G.F. 1987. **Needs assessment: Theory and methods**. Ames, Iowa: Iowa State University Press.

JOLLES, R.L. 1993. **How to run seminars and workshops**. New York: John Wiley and Sons, Inc.

JOSEPH, J., BRESLIN, C. and SKINNER, H. 1999. **Clinical perspectives on the transtheoretical model and stages of change**. In: TUCKER, J.A., DONOVAN, D.M. and MARLATT, G.A. (Eds). **Changing addictive behavior**. New York: The Guilford Press.

KAUFMAN, R., ROJAS, A.M. and MAYER, H. 1993. **Needs assessment: A users guide**. New Jersey: Educational Tecnology Publications, Inc.

KHANTZIAN, E.J., DODES, L. and BREHM, N.M. 2005. Psychodynamics. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B. and LANGROD, J.G. **Substance abuse: A comprehensive textbook**. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens.

KISCHUK, N., PETERS, C., TOWERS, A.M., SYLVESTRE, M., BOURGAULT, C. and RICHARD, L. 1994. Formative and effectiveness evaluation of a worksite program promoting healthy alcohol consumption. **American journal of health promotion**, 8(5):353-362.

KLARREICH, S.H. (Ed). 1987. **Health and fitness in the workplace**. New York: Praeger Publishers.

KLEINKE, C. 1990. **Coping with life challenges**. California: Brooks/Cole Publishing Company.

KLINE, M. L. and SNOW, D.L. 1994. Effects of a worksite coping skills intervention on the stress, social support, and health outcomes of working mothers. **The journal of primary prevention**, 15(2):105-121.

KORB-KHALSA, K.L., AZOK, S.D. and LEUTENBERG, E.A. 1989. **Life management skills 1**. Ohio: Wellness Reproductions Inc.

KORB-KHALSA, K.L., AZOK, S.D. and LEUTENBERG, E.A. 1991. **Life management skills 2**. Ohio: Wellness Reproductions Inc.

KORB-KHALSA, K.L., AZOK, S.D. and LEUTENBERG, E.A. 1994. **Life management skills 3**. Ohio: Wellness Reproductions Inc.

L'ABATE, L. and MILAN, M. 1985. **Handbook of social skills training and research**. New York: Wiley Publishers.

L'ABATE L. and WEINSTEIN, S.E. 1987. **Structured enrichment programs for couples and families**. New York: Brunner/Mazel Publishers.

LEHMAN, W.E.K., REYNOLDS, G.S. and BENNETT, J.B. 2002. **Team and informational trainings for workplace substance abuse prevention**. In: BENNETT, J.B. and LEHMAN, W.E.K. (Eds). 2002. **Preventing workplace substance abuse: Beyond drug testing to wellness**. Washington, DC: American Psychological Association.

LEUKEFELD, C.G. and BUKOSKI, W.J. 1991. Drug abuse prevention evaluation methodology: a bright future. **Journal of drug education**, 21(3):191-203.

LEWIS, J.A. 1994. **Addictions: Concepts and strategies for treatment**. Maryland: Aspen Publishers.

LEWIS, J.A., DANA, R.Q. and BLEVINS, G.A. 1994. **Substance abuse counseling: An individualized approach**. California: Brooks/Cole Publishing Company.

LIN, S.W. and ANTHENELLI, R.M. 2005. Genetic factors in the risk for substance use disorders. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN R.B. and LANGROD, J.G. (Eds). 2005.



**Substance abuse: A comprehensive textbook.** Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens.

LINCOLN, Y.S. 2003. Fourth generation evaluation in the new millennium. In: DONALDSON, S.I. and SCRIVEN, M. 2003. **Evaluating social programs and problems.** London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

LIPSEY, M.W. 1990. **Design sensitivity: Statistical power for experimental research.** Newbury Park: Sage Publications.

LIPSEY, M.W. 1993. Theory as method: Small theories of treatments. **New directions in program evaluation**, 57 (Spring):5-38.

LIPSEY, M.W. 1993. **Designing treatment effectiveness research.** Washington, DC: NASMHPD.

LIPSEY, M.W. and POLLARD, J.A. 1989. Driving toward theory in program evaluation: More models to choose from. **Evaluation and program planning**, 12:317-328.

LOUW, D.A. 1989. **Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag.** Johannesburg: Southern Boekuitgewers.

LOUW, D.A. en EDWARDS, D.J.A. 1993. **Sielkunde, 'n inleiding vir studente in Suider-Afrika.** Isando: Heinemann Uitgewers (edms) Bpk.

LOUW, D.A. en GOUWS, L.A. 1989. Alkoholmisbruik en –afhanklikheid. In: LOUW, D.A. **Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag.** Johannesburg: Southern Boekuitgewers.

LOUW, M. 1994. The treatment of alcohol dependence. **Specialist medicine**, 16(8):28,32,38,42,46,70.

LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B. and LANGROD, J.G. 2005. **Substance abuse: A comprehensive textbook.** Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkens.

MACDONALD, S., WELLS, S. and WILD, T.C. 1999. Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems. **The American journal of drug and alcohol abuse**, (2):351-369.

MAGURA, S., SILVERMAN, M.B. and JONES, M.A. 1987. **Assessing risk and measuring change in families. The family risk scales**. Washington: Child Welfare League of America, Inc.

MARK, M.M. 1990. From program theory to tests of program theory. **New directions for program evaluation**, 47:37-51.

MARK, M., HENRY, G.T. and JULNES, G. 2000. **Evaluation. An integrated framework for understanding, guiding and improving policies and programs**. San Francisco: Jossey-Bass.

MARLATT, G.A. and GORDON, J.R. 1985. **Relapse prevention**. New York: The Guilford Press.

MARTIN, J.K., ROMAN, P.M. and BLUM, T.C. 1996. Job stress, drinking networks and social support at work: A comprehensive model of employees drinking behaviours. **The sociological quarterly**, 37(4):579-599.

MAZURE, C.M. 1995. **Does stress cause psychiatric illness?** Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

McDOWELL, I. and NEWELL, C. 1987. **Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires**. New York: Oxford University Press.

McKENZIE, J.F. , NEIGER, B.L. and SMELTZER, J.L. 2005. **Planning, implementing and evaluating health promotion programs**. San Francisco. Pearson Education, Inc.

McKILLIP, J. 1998. **Need Analysis: process and techniques**. In: BICKMAN, L and ROG, D.J. 1998. **Handbook of applied social research methods**. Thousand Oaks: Sage Publications.

McLAUGHLIN, J.A. and JORDAN, G.B. 1998. Logic models: A tool for telling your program's performance story. **Evaluation and program planning**, 22:65-72.

McLATCHIE, B.H., GREY, P.M., JOHNS, Y. and LOMP, K.G.E. 1981. A component analysis of an alcohol and drug program: Employee education. **Journal of occupational medicine**, 23(7):477-480.

MERRILL, A.R. and MERRILL, R.R. 2003. **Life matters**. New York: McGraw-Hill.

MILGRAM, G.G. 1996. Responsible decision making regarding alcohol: A re-emerging prevention/education strategy for the 1990's. **Journal of drug education**, 26(4):357-365.

MILLARD, T.M. 1991. Combatting drug abuse in the workplace: Effective intervention strategies and techniques. **Employee assistance quarterly**, 7(1):45-56.

MILLER, P. 1976. **Behavioural treatment of alcoholism**. Oxford: Pergamon Press Ltd.

MILLER, P.M. and NIRENBERG, T.D. 1984. **Prevention of alcohol abuse**. New York and London: Plenum Press.

MILLER, W. 1984. Teaching responsible drinking skills. In: MILLER, P.M. and NIRENBERG, T.D. 1984. **Prevention of alcohol abuse**. New York and London: Plenum Press.

MILLER, W. and MUNOZ, R. 1983. **How to control your drinking**. London: Sheldon Press.

MOHR, L.B. 1995. **Impact analysis for program evaluation**. California: Sage Publications, Inc.

MOSKOWITZ, J.M. 1989. Preliminary guidelines for reporting outcome evaluation studies of health promotion and disease prevention programs. **New directions for program evaluation**, 43 (Fall):101-112.

MOSKOWITZ, J.M. 1989. The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the literature. **Journal of studies on alcohol**, 50(1):54-88.

MOUTON, J. 1996. **Understanding social research**. Pretoria: J.L. van Schaik.

MOUTON, J. 2001. **How to succeed in your master's and doctoral studies**. Pretoria: J.L. van Schaik.

MULLEN, E.J. and MAGNABOSCO, J.L. 1997. **Outcomes measurement in the human services**. Washington, DC: NASW Press.

MURRAY, S.L. and SMITH, N.L. 1979. **Causal research on teacher training**. In: WALBERG, H.J. (Ed). **Educational environments and effects. Evaluation policy and productivity**. California: McCutchan publishing corporation.

NATHAN, P.E. 1984. Alcoholism prevention in the workplace. In: MILLER, P.M. and NIRENBERG, T.D. 1984. **Prevention of alcohol abuse**. New York and London: Plenum Press.

NATIONAL DRUG MASTER PLAN 2006-2011. Department of social development. [www.dsd.gov.za/manuals/master-plan](http://www.dsd.gov.za/manuals/master-plan) pdf.

NIRENBERG, T.D. and MILLER, P.M. 1984. History and overview of the prevention of alcohol abuse. In: MILLER, P.M. and NIRENBERG, T.D. 1984. **Prevention of alcohol abuse**. New York and London: Plenum Press.

PARRY, C.D.H. and BENNETTS, A.L. 1997. **Briefing on alcohol and public health in South Africa**. Parow: Medical Research Council.

PARRY, C.D.H. and BENNETTS, A.L. 1998. **Alcohol policy and public health in South Africa**. Cape Town: Oxford University Press.

PARRY, C.D.H., BHANA, A., MYERS, B. et. al. 2002. Alcohol use in South Africa: Findings from the South African community epidemiology network on drug use (SACENDU) project. **Journal of studies on alcohol**, 63(4):430:435.

PARRY, C.D.H., MYERS, B. and THEDE, M. 2003. The case for an increased tax on alcohol in South Africa. **The South African journal of economics**, 71(2):265-281.

PARRY, C. D. H.. 2004. **The need for a science-based approach to addressing substance abuse in the Western Cape.** Parow. Alcohol and drug abuse research group, MRC. [www.mrc.ac.za/adarg/adarg.htm](http://www.mrc.ac.za/adarg/adarg.htm).

PARRY, C.D.H. 2005a. A review of policy-relevant strategies and interventions to address the burden of alcohol on individuals and society in South Africa. **South African psychiatry review**, 8:20-24.

PARRY, C.D.H. 2005b. South Africa: Alcohol today. **Addiction**. 100: 426-429.

PATTISON, E.M., SOBELL, M.B. and SOBELL, L.C. 1977. **Emerging concepts of alcohol dependence.** New York: Springer Publishing Company.

PATTISON, E.M. and KAUFMAN, A. (Ed) 1982. **Encyclopedic handbook of alcoholism.** New York: Gardner Press.

PATTON, M.Q. 2002. **Qualitative research and evaluation methods.** California: Sage Publications, Inc.

PATTON, M.Q. 1997. **Utilization-focused evaluation.** California: Sage Publications, Inc.

PATTON, M.Q. 1989. A context and boundaries for a theory-driven approach to validity. **Evaluation and program planning**, 12:373-377.

PAWSON, R. and TILLEY, N. 1997. **Realistic evaluation.** London: Sage Publications Ltd.

PEARLIN, L.I. and RADABAUGH, C.W. 1976. Economic strains and the coping functions of alcohol. **American journal of sociology**, 82(3):652-663.

PEELE, S. 1985. What treatment for addiction can do and what it can't; what treatment for addiction should do and what it should't. **Journal of substance abuse treatment**, 2:225-228.

PENTZ, M. 1999. Prevention. In: M. GALANTER and H.D. KLEBER. 1999. **Textbook of substance abuse treatment, 2<sup>nd</sup> edition.** Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

PETERSON, C, MAIER, S.F. and SELIGMAN, M.E.P. 1993. **Learned helplessness**. New York: Oxford University press.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. and NORCROSS, J.C. 1992. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. **American psychologist**, 47(9):1102-1114.

RAPPAPORT, J. and SEIDMAN, E. (Eds). 2000. **Handbook of community psychology**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

RICHMOND, R., KEHOE, L., HEATHER, N. and WODAK, A. 2000. Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: The workscreen project. **Preventive medicine**, 30(1):51-63.

RIGGIN, L.J.C. 1990. Linking program theory and social science theory. **New directions for program evaluation**, 47:109-120.

RITSON, B. 1997. Place of work, communities and municipalities. **Addiction**, 92(Supplement 1):S127-S132).

ROBINSON, D. 1982. Alcoholism: Perspectives on prevention strategies. In: PATTISON, M. and KAUFMAN, A. (Ed). **Encyclopedic handbook of alcoholism**. New York: Gardner Press.

ROCHA-SILVA, L. 1992. **Alcohol/drug related research in the RSA: Meeting the challenge of the 1990s**. Pretoria: Human Sciences Research Council.

ROMAN, P.M. 1982. **Sociological models for understanding deviant drinking behaviour**. In: PATTISON, E.M. and KAUFMAN, E. **Encyclopedic handbook of alcoholism**. New York: Gardner Press.

ROMAN, P. 1990. **Alcohol problem intervention in the workplace**. Westport, CT: Quorum Books.

ROMAN, P. and BLUM, T.C. 1996. Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes. **American journal of health promotion**, 11(2):137-149.

ROMAN, P. and BLUM, T.C. 2002. The workplace and alcohol problem prevention. **Alcohol research and health**, 26(1):49-57.

ROMAN, P.M. and BLUM, T.C. 2004. **Employee assistance programs and other workplace interventions**. In: GALANTER, M.D. and KLEBER, H.D. 2004. **Textbook of substance abuse treatment**. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

ROOTH, E. 1995. **Lifeskills. A resource book for facilitation**. Pietermaritzburg: MacMillan.

ROSSI, P.H. 1997. **Program outcomes: Conceptual and measurement issues**. In: MULLEN, E.J. and MAGNABOSCO, J.L. 1997. **Outcomes measurement in the human services**. Washington, DC: NASW Press.

ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E. and LIPSEY, M.W. 1999. **Evaluation, a systematic approach**. London: SAGE Publications.

ROTHMAN, J. and GRANT, L.M. 1987. **Approaches and models in community intervention**. In: JOHNSON, D.E., MEILLER, L.R., MILLER, L.C. and SUMMERS, G.F. 1987. **Needs assessment: Theory and methods**. Ames, Iowa: Iowa State University Press.

SADAVA, S.W. 1987. Interactional theory. In: BLANE, H.T. and LEONARD, K.E. 1987. **Psychological theories of drinking and alcoholism**. New York: The Guilford Press.

SANCA. 1992. **Some facts and figures on alcohol and other drug use and abuse and related problems in South Africa**. Unpublished facts and statistics compiled by Dr C van der Burgh.

SAMHSA. 2003. **Integrated health promotion/wellness and substance abuse prevention in the workplace**. <http://workplace.samhsa.gov/WPResearch/healthnwelfare/wellness.htm>.

SANDLER, I.N., BRAVER, S.L., WOLCHIK, S.A., PILLOW, D.R. and GERSTEN, J.C. 1991. Small theory and the strategic choices of prevention research. **American journal of community psychology**, 19(6):873-880.

SCHEIRER, M.A. 1987. Program theory and Implementation theory: Implications for evaluators. **New directions for program evaluation**, 33:59-76.

SCHUCKIT, M.A. 1999. Goals of treatment. In: GALANTER, M.D. and KLEBER, H.D. 1999. **Textbook of substance abuse treatment, 2<sup>nd</sup> edition**. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

SCHUCKIT, M.A. and TAPERT, S. 2004. Alcohol. In: GALANTER, M.D. and KLEBER, H.D. 2004. **Textbook of substance abuse treatment, 3<sup>d</sup> edition**. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

SCHUCKIT, M.A. 2000. **Addressing addictions through health and social systems**. Paper presented at the ninth international conference on the treatment of addictive behaviours, Sept. 21-25, 2000. Somerset West, South Africa.

SCRIVEN, M. 1991. **Evaluation thesaurus**. London: SagePublications.

SCRIVEN, M. 2003. Evaluation in the new millennium: The transdisciplinary vision. In: DONALDSON, S.I. and SCRIVEN, M. 2003. **Evaluating social programs and problems**. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

SEAWARD, B.L. 2002. **Managing stress**. London: Jones and Bartlett Publishers.

SEEMAN, M. and ANDERSON, C.S. 1983. Alienation and alcohol: The role of work, mastery, and community in drinking behavior. **American sociological review**, 48(February): 60-77.

SEEMAN, M., SEEMAN, A.Z. and BUDROS, A. 1988. Powerlessness, work, and community: A longitudinal study of alienation and alcohol use. **Journal of health and social behavior**, 29:185-198.



SELZER, M.L. 1971. Michigan alcoholism screening test: The quest for a new instrument. **American journal of psychiatry**, 127:1653-1658.

SHADISH, W.R., COOK, T.D. and LEVITON, L.C. 1991. **Foundations of program evaluation**. California: SAGE Publications.

SHERER, M., MADDUX, J.E., MERCANDANTE, B., PRENTICE-DUNN, S., JACOBS, B. and ROGERS, R.W. 1982. The self-efficacy scale: Construction and validation. **Psychological reports**, 51:663-671.

SHORE, E.R. 1994. Outcomes of a primary prevention project for business and professional women. **Journal of studies on alcohol**, 55:657-659.

SKINNER, H. A. 1980. Factor analysis and studies on alcohol. **Journal of studies on alcohol**, 41(11):1091-1101.

SKINNER, H.A. 1990. Spectrum of drinkers and intervention opportunities. **Canadian medical association journal**, 143(10):1054-1058.

SMART, R.G. and MANN, R.E. 1995. Treatment, health promotion and alcohol controls and the decrease of alcohol consumption and problems in Ontario: 1975-1993. **Alcohol and alcoholism**, 30(3):337-343.

SMITH, N.L. 1990. Using path analysis to develop and evaluate program theory and impact. **New directions for program evaluation**, 47:53-57.

SNOW, D.L. and KLINE, M.L. 1995. Preventive interventions in the workplace to reduce negative psychiatric consequences of work and family stress. In: MAZURE, C.M. 1995. **Does stress cause psychiatric illness?** Washington: American Psychiatric Press, Inc.

SNOW, D.L., SWAN, S.C. and WILTON, L. 2002. **A workplace coping skills intervention to prevent alcohol abuse**. In: BENNETT, J.B. and LEHMAN, W.E.K. (Eds). 2002. **Preventing workplace substance abuse: Beyond drug testing to wellness**. Washington, DC: American Psychological Association.

SNOW, D.L., SWAN, S.C., RAGHAVAN, C., CONNELL, C.M. and KLEIN, I. 2003. The relationship of work stressors, coping and social support to psychological symptoms among female secretarial employees. **Work&stress**, 17(3): 241-263.

SONNENSTUHL, W.J. 2002. **Symbolic crusades and organizational adoption of substance abuse prevention programs**. In: BENNETT, J.B. and LEHMAN, W.E.K. (Eds). 2002. **Preventing workplace substance abuse: Beyond drug testing to wellness**. Washington, DC: American Psychological Association.

SORIANO, F.I. 1995. **Conducting needs assessments, a multidisciplinary approach**. London: Sage Publications.

STOLTZFUS, J.A. and BENSON, P.L. 1994. The 3M alcohol and other drug prevention program: description and evaluation. **The Journal of primary prevention**, 15(2):147-159.

STRYDOM, A.M.M. 1997. **Die ontwikkeling van 'n voorkomingsprogram vir alkoholmisbruik in die mynbedryf**. Ph.D proefskrif, UOVS.

SULLIVAN, A.P., GUGLIELMO, R. and LEVANDER, L. 1986. Evaluating prevention and intervention procedures. **Journal of drug education**, 16(1):91-98.

SUSSMAN, S. (Ed). 2002. **Program development for health behavior research and practice**. London: Sage Publications, Inc.

SUSSMAN, S and WILLS, T.A. 2001. **Rationale for program development methods**. In: SUSSMAN, S. (Ed). 2002. **Program development for health behavior research and practice**. London: Sage Publications, Inc.

TERRE BLANCHE, M. and DURRHEIM, K. 2002. (Eds). **Research in practice**. Cape Town: University of Cape Town Press.

TETHER, P. and ROBINSON, D. 1986. **Preventing alcohol problems**. London: Tavistock Publications Ltd.

THIESSEN, V. 1993. **Arguing with numbers**. Halifax: Fernwood Publishing.

TOFFOLON-WEISS, M.M., BERTRAND, J.T. and TERRELL, S.S. 1999. The results framework- an innovative tool for program planning and evaluation. **Evaluation review**, 23(3):336-359.

TOWERS, A.M., KISCHUK, N., SYLVESTRE, M., PETERS, C. and BOURGAULT, C. 1994. A qualitative investigation of organizational issues in an alcohol awareness program for blue-collar workers. **American journal of health promotion**, 9(1):56-63.

TRICE, H.M. 1990. Implications for intervention and prevention in three streams of EAP-related research. In: ROMAN, P. **Alcohol problem intervention in the workplace**. Westport: CT: Quorum Books.

TRICE, H.M. and SCHONBRUNN, M. 1997. A History of job-based alcoholism programs 1900-1955. In: HUTCHINSON, W.S. and EMENER, W.G. **Employee assistance programs**. Springfield, USA.: Charles C Thomas Publisher, Ltd.

TRICE, H.M. and SONNENSTUHL, W.J. 1990 On the construction of drinking norms in work organizations. **Journal of studies on alcohol**, 51(3):201-220.

TROCHIM, W.M.K. 1985. Pattern matching, validity, and conceptualization in program evaluation. **Evaluation review**, 9(5):575-604.

TROCHIM, W.M.K. 1989. Outcome pattern matching and program theory. **Evaluation and program planning**, 12:355-366.

TUCKER, J.A, DONOVAN, D.M. and MARLATT, G.A. (Eds).1999. **Changing addictive behavior**. New York: The Guilford Press.

TYGERBERG HOSPITAAL. 1995. **Memorandum 33/1995. Misbruik van gewoontevermende middels deur lede van die personeel**. Ongepubliseerde memorandum.

VAN HEERDEN, I.V. and PARRY, C.D.H. 2001. If you drink alcohol, drink sensibly. **The South African journal of clinical nutrition** (Supplement), 14(3):S71-S77.

VICARY, J.R. 1994. Primary prevention and the workplace. **The Journal of primary prevention**, 15(2):99-103.

WALBERG, H.J. (Ed). 1979. **Educational environments and effects. Evaluation policy and productivity**. California: McCutchan publishing corporation.

WALLERSTEIN, N. and BERNSTEIN, E. 1988. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. **Health education quarterly**, 15(4):379-394.

WALSCH, D.C.; RUDD, R.E.; BIENER, L. and MANGIONE, T. 1993. Researching and preventing alcohol problems at work: Toward an integrative model. **American journal of health promotion**, 7(4):289-295.

WEINBERG, S.L. and ABROMOWITZ, S.K. 2002. **Data analysis for the behavioural sciences using SPSS**. Cambridge: University Press.

WEISS, C.H. 1972. **Evaluation research: methods of assessing program effectiveness**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

WEISS, C.H. 1997a. How can theory-based evaluation make greater headway? **Evaluation review**, 21(4):501-524.

WEISS, C.H. 1997b. Theory-based evaluation: past, present, and future. **New directions for evaluation**, 76, Winter:41-55.

WEISS, C.H. 1998. **Evaluation: methods for studying programs and policies**. New Jersey: Prentice Hall.

WHOLEY, J.S. 1987. Evaluability assessment: Developing program theory. **New directions for program evaluation**, 33:77-92.

WHOLEY, J.S. 2003. Improving performance and accountability: Responding to emerging management challenges. In: DONALDSON, S.I. and SCRIVEN, M. 2003. **Evaluating social programs and problems**. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

WINICK, C. 1985. Specific targeting of prevention programs in alcohol and drug dependence. **The international journal of the addictions**, 20(4):527-533.

WILSON, R. and KOLANDER, C. 2003. **Drug abuse prevention: A school and community partnership**. London: Jones and Bartlett publishers.

# BYLAAG 1

## VRAELYS: ALKOHOLGEBRUIK VAN WERKNEMERS VAN TYGERBERG-HOSPITAAL

**LET WEL:** Die vraelys word **ANONIEM** voltooi. Die doel van die vraelys is om 'n algemene idee te kry van die alkoholgebruik van persone wat in Tygerberg-hospitaal werk en nie om inligting oor individue te bekom nie.

### 1. PERSOONLIKE BESONDERHEDE

- 1.1 Ouderdom in jaar** ..... **Jaar.**
- 1.2 Geslag** (Merk die toepaslike blokkie met X)
- |         |   |
|---------|---|
| Manlik  | 1 |
| Vroulik | 2 |
- 1.3 Huwelikstatus** (Merk die toepaslike blokkie met X)
- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| Getroud of saamleefverhouding | 1 |
| Enkel                         | 2 |
- 1.4 Beroepskategorie** (Merk die toepaslike blokkie met X)  
(Indien u onseker is oor die beroepskategorie, raadpleeg asb. die aangehegte lys)
- |                |   |
|----------------|---|
| Administratief | 1 |
| Algemeen       | 2 |
| Tegnies        | 3 |
| Vakkundig      | 4 |
| Verpleging     | 5 |
- 1.5 Opvoedkundige kwalifikasie**  
(Merk die toepaslike blokkie met X)
- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Graad 7 en laer (Std 5 en laer) | 1 |
| Graad 8 tot 11 (Std 6-9)        | 2 |
| Graad 12 (Matriek)              | 3 |
| Naskoolse kwalifikasie          | 4 |

### 2. WERKSPROBLEME

Het u gedurende die afgelope **drie maande** enige van die volgende probleme ondervind? (Beantwoord die vraag ongeag of u alkohol gebruik of nie.)

Merk die toepaslike blokkie met 'n X.

	JA	NEE
2.1 Werksongeluk of besering aan diens	1	2
2.2 Ernstige konflik met 'n kollega	1	2
2.3 Ernstige konflik met 'n meerdere	1	2
2.4 Afwesig sonder verlof	1	2
2.5 Disiplinêre optrede teen u	1	2
2.6 Siekverlof	1	2

### 3. WERKSFAKTORE WAT BYDRA TOT ALKOHOLGEBRUIK

In hierdie afdeling word inligting gevra om die faktore by die werk wat alkoholgebruik bevorder, te bepaal. **Voltooi asseblief hierdie afdeling al gebruik u self nie alkohol nie.** Kies die blokkie wat u mening die beste beskryf.

#### 3.1 Kontrole

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
3.1.1 Ek werk sonder toesig	1	2	3	4
3.1.2 Alkoholgebruik word toegelaat by die werk	1	2	3	4
3.1.3 Daar word dissiplinêr opgetree teenoor persone wat onder die invloed van alkohol is by die werk	1	2	3	4
3.1.4 Daar word dissiplinêr opgetree teenoor persone wie se werksprestasie onbevredigend is a.g.v. alkoholmisbruik	1	2	3	4
3.1.5 Die hospitaal se reëls t.o.v. alkoholgebruik in die werksplek word duidelik oorgedra	1	2	3	4

#### 3.2 Besikbaarheid van alkohol

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
3.2.1 Alkohol kan maklik bekom word gedurende werksyd	1	2	3	4
3.2.2 Iemand bied gedurende werksyd vir my alkohol aan	1	2	3	4
3.2.3 Iemand nooi my gedurende werksyd om 'n drinkplek te besoek	1	2	3	4

#### 3.3 Kwaliteit van werk

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
3.3.1 Ek ervaar stres by die werk	1	2	3	4
3.3.2 Ek het meer werk as wat ek kan hanteer	1	2	3	4
3.3.3 My werk is vervelig	1	2	3	4
3.3.4 Ek voel onbetrokke by my werk	1	2	3	4
3.3.5 Besluite oor my werk word op 'n hoër vlak geneem sonder dat ek betrek word	1	2	3	4

#### 3.4 Werksnorme en kultuur

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
3.4.1 Ek drink saam met kollegas by die werk	1	2	3	4
3.4.2 Ek drink saam met kollegas buite werkure	1	2	3	4
3.4.3 Een of meer van my kollegas gebruik alkohol gedurende werk of net voor werk	1	2	3	4
3.4.4 My kollegas keur alkoholmisbruik oor naweke goed	1	2	3	4
3.4.5 My kollegas sal niks sê as ek of iemand anders gedurende werksure alkohol gebruik nie.	1	2	3	4

#### 3.5 Noem enige ander faktore by die werk, wat nie in 3.1 – 3.4 genoem is nie, wat volgens u mening alkoholgebruik voor of tydens werk bevorder.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 4. HOUDING TEENOOR MATIGE ALKOHOLGEBRUIK

**Let wel:** Vir die volgende drie vrae is een drankie gelyk aan 'n klein bier (450 ml.) of 'n glas wyn (150 ml.) of 'n sopie brandewyn/whisky (25 ml.)

		<i>Baie</i>	<i>Redelik</i>	<i>Min</i>	<i>Glad nie</i>
4.1	Is die matige gebruik van alkohol, d.w.s. waar 'n man nie meer as drie drankies en 'n vrou nie meer as twee drankies per dag gebruik nie, vir u aanvaarbaar?	1	2	3	4
4.2	Is matige alkoholgebruik 'n realistiese doelstelling vir mense in u gemeenskap?	1	2	3	4
4.3	Is geheelonthouding beter as matige alkoholgebruik?	1	2	3	4

#### 5. ALKOHOLGEBRUIK

**Gebruik u enige alkohol?**

Ja 1	Nee 2
---------	----------

Indien u nooit enige alkohol gebruik nie, hoef u nie die res van die vraelys te voltooi nie.

Indien "Ja":

##### 5.1 Hoe dikwels gebruik u alkohol?

Daaglik	1
3-5 dae per week	2
Slegs naweke of afdae (d.w.s. 2 dae per week)	3
1 maal per week of minder	4

##### 5.2 Watter tipe alkohol gebruik u? (Merk met 'n X)

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
5.2.1 Bier	1	2
5.2.2 Wyn	1	2
5.2.3 Spiritualieë (brandewyn, whisky)	1	2
5.2.4 Ander (spesifiseer).....	1	2

##### 5.3 Wanneer u alkohol gebruik, watter en hoeveel van die volgende drink u by daardie geleentheid? (Skryf die getal in die blokkie)

5.3.1 Klein biere (340ml.)	
5.3.2 "Lang" biere (750ml)	
5.3.3 Glase wyn (150 ml)	
5.3.4 Bottel wyn (Dui aan gedeelte, bv. ½, of aantal bottels, bv 1, 2, ens.)	
5.3.5 Spiritualieë (enkel, 25 ml.)	

##### 5.4 Hoe dikwels gedurende die afgelope 3 maande het u 5 of meer drankies\* per geleentheid gedrink?

(\* 1 drankie = 1 klein bier (340 ml) of  
1 glas wyn (150 ml) of  
1 sopie spiritualie (25 ml)

<i>Nooit</i> 1	<i>Maandeliks of minder</i> 2	<i>Weekliks</i> 3	<i>Daaglik of feitlik daaglik</i> 4
-------------------	----------------------------------	----------------------	--



## 6. ALKOHOLGEBRUIKSTOETS

In hierdie afdeling word inligting oor die drinkpatrone van werknemers gevra.

**Antwoord asseblief so volledig en eerlik as moontlik.**

6.1	Beskou u uself as 'n normale drinker? (M.a.w. drink u minder of net soveel as die meeste ander mense?)	JA	NEE
6.2	Het u al ooit in die oggend wakker geword nadat u die vorige aand gedrink het en gevind dat u nie 'n deel van die aand kon onthou nie?	JA	NEE
6.3	Is u eggenoot, ouer of 'n ander naby familielid soms bekommerd, of kla hulle oor u drinkgewoontes?	JA	NEE
6.4	Kan u maklik ophou drink na een of twee drankies?	JA	NEE
6.5	Voel u ooit skuldig oor u drinkgewoontes?	JA	NEE
6.6	Dink u vriende en familie dat u 'n normale drinker is?	JA	NEE
6.7	Is u altyd in staat om op te hou drink wanneer u wil?	JA	NEE
6.8	Het u al ooit 'n vergadering van die AA of 'n soortgelyke vereniging bygewoon?	JA	NEE
6.9	Het u al in 'n bakleiery beland wanneer u gedrink het?	JA	NEE
6.10	Het u drinkgewoontes al ooit probleme veroorsaak tussen u en u vrou/man, 'n ouer, of 'n ander naby familielid?	JA	NEE
6.11	Het u vrou/man, 'n ouer, of 'n naby familielid al ooit iemand genader vir hulp met u drankgebruik?	JA	NEE
6.12	Het u al ooit vriende, of 'n spesiale vriend/vriendin verloor a.g.v. u drinkgewoontes?	JA	NEE
6.13	Het u al ooit by die werk probleme gekry a.g.v. u drinkgewoontes?	JA	NEE
6.14	Het u al ooit 'n werk verloor a.g.v. u drinkgewoontes?	JA	NEE
6.15	Het u al ooit u pligte, familie of u werk vir twee dae na mekaar verwaarloos omdat u gedrink het?	JA	NEE
6.16	Drink u ooit voor middagete?	JA	NEE
6.17	Is daar al ooit aan u gesê dat u lewerprobleme of sirrose het?	JA	NEE
6.18	Het u al ooit DT's gehad, erg gebewe, stemme gehoor of goed gesien wat nie regtig daar was nie, nadat u baie gedrink het?	JA	NEE
6.19	Het u al ooit na enigiemand gegaan vir hulp met u drinkgewoontes?	JA	NEE
6.20	Was u al ooit in 'n algemene hospitaal opgeneem omdat u gedrink het?	JA	NEE
6.21	Was u al ooit in 'n psigiatrisie hospitaal of psigiatrisie saal van 'n gewone hospitaal waar drank deel van die rede vir u opname was?	JA	NEE
6.22	Was u al ooit by 'n kliniek, dokter, maatskaplike werker of predikant vir emosionele hulp, waar drankmisbruik deel van die probleem was?	JA	NEE
6.23	Was u al ooit gearresteer vir bestuur onder die invloed van alkohol?	JA	NEE
6.24	Was u al ooit gearresteer, selfs net vir enkele ure, vir dronkgedrag?	JA	NEE

## 7. ALKOHOLGEBRUIK BY DIE WERK

Hoe dikwels gedurende die afgelope drie maande...

	<i>Nooit</i>	<i>Maandeliks of minder</i>	<i>Weekliks</i>	<i>Daagliks of feitlik daagliks</i>
7.1 het u alkohol gedrink voor werk?	1	2	3	4
7.2 het u alkohol gedrink tydens werkure?	1	2	3	4
7.3 kon u nie u werk behoorlik doen nie a.g.v. alkoholgebruik?	1	2	3	4
7.4 het u weggebly van die werk a.g.v. alkoholgebruik of 'babalaas'?	1	2	3	4
7.5 het u laat gekom by die werk a.g.v. alkoholgebruik?	1	2	3	4

## 8. REDES VIR ALKOHOLGEBRUIK

Dui asb. aan hoe dikwels elk van die onderstaande redes op u van toepassing is deur die betrokke blokkie met 'n X te merk.

### 8.1 Biologiese faktore

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
8.1.1 Ek drink om onttrekkingsimptome (hoofpyn, bewegigheid, naarheid) te vermy	1	3	4	5
8.1.2 Ek het soggens 'n regmaker nodig	1	3	4	5

### 8.2 Spanningsvermindering

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
8.2.1 Ek drink om te ontsnap aan 'n onaangename situasie	1	3	4	5
8.2.2 Ek drink om my probleme te vergeet	1	3	4	5
8.2.3 Ek drink omdat ek gefrustreerd is	1	3	4	5
8.2.4 Ek drink om te ontspan	1	3	4	5

### 8.3 Gesins- en Huislike faktore

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
8.3.1 Ek drink omdat ek huweliksprobleme het	1	3	4	5
8.3.2 Ek drink omdat ek probleme het met my kinders	1	3	4	5
8.3.3 Ek drink omdat ek 'n probleem het met behuising	1	3	4	5
8.3.4 Ek drink omdat ek finansiële probleme het	1	3	4	5

### 8.4 Kulturele omstandighede

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
8.4.1 Die meeste mense in my omgewing gebruik alkohol	1	3	4	5
8.4.2 Alkoholgebruik word in my gemeenskap aanvaar	1	3	4	5
8.4.3 Ek drink omdat dit 'n gewoonte is	1	3	4	5
8.4.4 Ek drink omdat ek deel wil wees van 'n groep	1	3	4	5

### 8.5 Gevoelens

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
8.5.1 Ek drink wanneer ek hartseer voel	1	3	4	5
8.5.2 'n Drankie help my wanneer ek in 'n slegte bui is	1	3	4	5
8.5.3 Ek drink as ek kwaad is	1	3	4	5
8.5.4 Ek drink as ek baie opgewonde of bly is	1	3	4	5

**8.6 Sosiale vaardighede**

	<i>Nooit</i>	<i>Selde</i>	<i>Dikwels</i>	<i>Altyd</i>
8.6.1 'n Drankie help my om makliker te kommunikeer	1	3	4	5
8.6.2 Ek kan nie nee sê as iemand my 'n drankie aanbied nie	1	3	4	5
8.6.3 Ek kan makliker op my punte staan as ek 'n drankie geneem het	1	3	4	5
8.6.4 Ek sal liever drink as om 'n saak uit te praat met iemand van wie ek verskil	1	3	4	5
8.6.5 Ek drink omdat ek verveeld is	1	3	4	5
8.6.6 Ek drink om sosiaal te verkeer	1	3	4	5
8.6.7 Ek drink om my meer selfvertroue te gee	1	3	4	5

*Baie dankie vir u samewerking en bydrae.*

---

## BEROEPSKATEGORIEë

**Administratief**

- Administrasie beamptes en senior administrasie beamptes
- Administrasie klerke en Hoof administrasie klerke
- Assistent Direkteure
- Registrasie klerke
- Sekretaresses

**Algemeen**

- Ambagsmanne
- Aptekerassistente
- Bodes
- Datatikers
- Donkerkameroperators
- Drywers
- Faktotums
- Huishoudsters
- Hulpdiensbeamptes
- Kokke
- Linnegoedtoesighouers
- Operateurs
- Portiere
- Sekuriteitsbeamptes
- Skoonmakers/Algemene assistente
- Telekom-operateurs
- Terreinwerkers
- Tiksters
- Voedseldienshulpe en voedseldienshulptoesighouers
- Voormanne

**Tegnies**

- Magasynmeesters
- Radiograwe
- Tegnoloë
- Voedseldiensbestuurders
- Voorsieningsadministrasieklere

**Vakkundig**

- Aptekers
- Arbeidsterapeute
- Dieetkundiges
- Fisioterapeute
- Gemeenskap geneeshere
- Interns
- Kliniese assistente
- Kommunikasiebeamptes
- Maatskaplike werkers
- Mediese beamptes
- Mediese superintendente
- Natuurwetenskaplikes
- Spesialiste
- Spraakterapeute

**Verpleging**

- Ingeskrewe verpleegassistente
- Stafverpleegkundiges
- Verpleegassistente
- Verpleegkundiges

## BYLAAG 2

### QUESTIONNAIRE: ALCOHOL USE OF EMPLOYEES OF TYGERBERG HOSPITAL

**N.B. You can answer this questionnaire anonymously.** The aim of the questionnaire is to obtain a general idea of the alcohol use of employees and not to identify any individual.

#### 1. PERSONAL PARTICULARS

1.1 Age in years ..... Years

1.2 Sex (Mark the applicable box with an X)

<i>Male</i>	1
<i>Female</i>	2

1.3 Marital state (Mark the applicable box with an X)

<i>Married or cohabiting</i>	1
<i>Single</i>	2

1.4 Employment category (Mark the applicable box with an X)  
(If you are uncertain about your employment category, please consult the attached list at the end of the questionnaire).

<i>Administrative</i>	1
<i>General</i>	2
<i>Technical</i>	3
<i>Professional</i>	4
<i>Nursing</i>	5

1.5 Educational Qualifications  
(Mark the applicable box with an X)

<i>Grade 7 and less (St 5 and less)</i>	1
<i>Grade 8 to 11 (St 6-9)</i>	2
<i>Grade 12 (Matric)</i>	3
<i>Tertiary qualifications</i>	4

#### 2. PROBLEMS AT WORK

**Have you experienced any of the following problems during the last three months?  
(Please answer the question whether you use alcohol or not.)**

(Mark the applicable box with an X)

	<i>YES</i>	<i>NO</i>
2.1 Accident at work or injury on duty	1	2
2.2 Serious conflict with a colleague	1	2
2.3 Serious conflict with a superior	1	2
2.4 Absent without leave	1	2
2.5 Disciplinary action against you	1	2
2.6 Sick leave	1	2

### 3. CIRCUMSTANCES AT WORK THAT CONTRIBUTE TO ALCOHOL USE

In this section information is asked to determine factors at work that contribute to alcohol use.

**Please complete, even if you do not use alcohol yourself.**

Choose the box that best describes your opinion.

#### 3.1 Control

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
3.1.1 I work without supervision	1	2	3	4
3.1.2 Alcohol use is allowed at work	1	2	3	4
3.1.3 Disciplinary action is taken against those who are under the influence at work	1	2	3	4
3.1.4 Disciplinary action is taken against employees whose work performance is unsatisfactory due to alcohol abuse	1	2	3	4
3.1.5 The hospital's rules regarding alcohol use in the workplace are effectively communicated	1	2	3	4

#### 3.2 Availability of alcohol

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
3.2.1 Alcohol is easily acquired during working hours	1	2	3	4
3.2.2 Alcohol is offered to me during working hours	1	2	3	4
3.2.3 I am invited to a place where alcohol is available during working hours	1	2	3	4

#### 3.3 Quality of work

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
3.3.1 I experience stress at work	1	2	3	4
3.3.2 I have more work than I can handle	1	2	3	4
3.3.3 My work is boring	1	2	3	4
3.3.4 I feel disengaged from my work	1	2	3	4
3.3.5 Decisions about my work is taken on a higher level and I am not consulted	1	2	3	4

#### 3.4 Work norms and culture

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
3.3.1 I drink with colleagues at work	1	2	3	4
3.3.2 I drink with colleagues after working hours	1	2	3	4
3.3.3 One or more of my colleagues use alcohol just before or at work	1	2	3	4
3.3.4 My colleagues approve of alcohol abuse over weekends	1	2	3	4
3.3.5 My colleagues will not object if I or some-one else use alcohol during working hours	1	2	3	4

#### 3.5 Describe any circumstances at work, not already mentioned in 3.1-3.4 that contribute to alcohol use at work.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 4. ATTITUDE TOWARDS MODERATE DRINKING

**N.B.** To answer the following three questions, one drink is equal to one small beer (450ml.), one glass of wine (150ml.) or one tot of brandy/whisky (25ml.).

		<i>Very</i>	<i>Quite</i>	<i>Little</i>	<i>Not at all</i>
4.1	In your opinion, is the moderate use of alcohol, i.e. where a man has no more than three drinks per day and a woman no more than two drinks per day acceptable?	1	2	3	4
4.2	Is moderate drinking a realistic aim for people in your community?	1	2	3	4
4.3	Is abstinence better than moderate drinking?	1	2	3	4

#### 5. ALCOHOL USE

Do you drink any alcohol?

Yes 1	No 2
----------	---------



If "Yes":

If you do not drink any alcohol, you do not have to complete the rest of the questionnaire. Thank you very much for your contribution.

##### 5.1 How often do you use alcohol?

Daily	1
3-5 days per week	2
Only week ends or on off days ( 2 days per week)	3
Once a week or less	4

##### 5.2 What type of alcohol do you use (Mark with an X)

	<i>Yes</i>	<i>No</i>
5.2.1 Beer	1	2
5.2.2 Wine	1	2
5.2.3 Spirits (brandy, whisky)	1	2
5.2.4 Other (Specify).....	1	2

##### 5.3 When you drink alcohol, which and how many of the following do you have at that occasion? (Write the number in the box)

5.3.1 Small beers (340ml.)	
5.3.2 "Long" beers (750ml)	
5.3.3 Glasses of wine (150 ml)	
5.3.4 Bottle of wine (Indicate part, eg. ½, or number of bottles, e.g. 1, 2, etc.)	
5.3.5 Spirits (tot, 25 ml.)	

##### 5.4 How often, during the last three months, did you have 5 or more drinks at one occasion?

(\* 1 drink = 1 small beer (340 ml) or  
1 glass of wine (150 ml) or  
1 tot spirits (25 ml)

<i>Never</i> 1	<i>Monthly or less</i> 2	<i>Weekly</i> 3	<i>Daily or almost daily</i> 4
-------------------	-----------------------------	--------------------	-----------------------------------

## 6. ALCOHOL USE TEST

In this section information is asked about the drinking practices of employees.  
***Please answer as honestly as possible.***

6.1	Do you feel you are a normal drinker? (By normal we mean you drink less or as much as most other people).	YES	NO
6.2	Have you ever awakened the morning after some drinking the night before and found that you could not remember a part of the evening?	YES	NO
6.3	Does your wife, husband, a parent, or near relative ever worry or complain about your drinking?s?	YES	NO
6.4	Can you stop drinking without a struggle after one or two drinks?	YES	NO
6.5	Do you ever feel guilty about your drinking?	YES	NO
6.6	Do friends or relatives think you are a normal drinker?	YES	NO
6.7	Are you able to stop drinking when you want to?	YES	NO
6.8	Have you ever attended a meeting of Alcoholics Anonymous?	YES	NO
6.9	Have you ever gotten into physical fights when drinking?	YES	NO
6.10	Has drinking ever created problems with you and your wife, husband, a parent, or other near relative?	YES	NO
6.11	Has your wife, husband, parent, or other near relative ever sought help about your drinking?	YES	NO
6.12	Have you ever lost friends or girlfriends/boyfriends because of your drinking?	YES	NO
6.13	Have you ever gotten into trouble at work because of your drinking?	YES	NO
6.14	Have you ever lost a job because of drinking?	YES	NO
6.15	Have you ever neglected your obligations, your family, or your work for two or more days because of your drinking?	YES	NO
6.16	Do you ever drink before noon?	YES	NO
6.17	Have you ever been told you have liver trouble or cirrhosis?	YES	NO
6.18	After heavy drinking have you ever had delirium tremens (DT's) or severe shaking, heard voices, or seen things that weren't really there?	YES	NO
6.19	Have you ever gone to anyone for help about your drinking?	YES	NO
6.20	Have you ever been in a hospital because of your drinking?	YES	NO
6.21	Have you ever been a patient in a psychiatric hospital or on a psychiatric ward of a general hospital where drinking was part of the problem that resulted in hospitalization?	YES	NO
6.22	Have you ever been seen at a psychiatric or mental health clinic or gone to any doctor, social worker, or clergyman for help with any emotional problem where drinking was part of the problem?	YES	NO
6.23	Have you ever been arrested for driving under the influence of alcoholic beverages?	YES	NO
6.24	Have you ever been arrested, even for a few hours, because of other drunken behaviour?	YES	NO

## 7. ALCOHOL USE AT WORK

How often during the last three months.....

	<i>Never</i>	<i>Monthly or less</i>	<i>Weekly</i>	<i>Daily or almost daily</i>
7.1 have you drank alcohol before work?	1	2	3	4
7.2 have you drank alcohol during working hours?	1	2	3	4
7.3 could you not do your work properly, because of alcohol use?	1	2	3	4
7.4 have you stayed away from work because of alcohol use or "babeleas"?	1	2	3	4
7.5 have you been late for work because of alcohol use?	1	2	3	4

## 8. REASONS FOR ALCOHOL USE

Please indicate how often you drink for one of the following reasons by marking the appropriate box with an X.

### 8.1 Biological factors

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
8.1.1 I drink to avoid withdrawal symptoms (shakiness, nausea, headache)	1	2	3	4
8.1.2 I need a drink in the morning to pick me up	1	2	3	4

### 8.2 Stress reduction

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
8.2.1 I drink to escape from unpleasant situations	1	2	3	4
8.2.2 I drink to forget my problems	1	2	3	4
8.2.3 I drink because I am frustrated	1	2	3	4
8.2.4 I drink to relax	1	2	3	4

### 8.3 Family circumstances

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
8.3.1 I drink because I have marriage problems	1	2	3	4
8.3.2 I drink because I have problems with my children	1	2	3	4
8.3.3 I drink because of housing problems	1	2	3	4
8.3.4 I drink because of financial problems	1	2	3	4

### 8.4 Cultural circumstances

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
8.4.1 Most people in my community drink alcohol	1	2	3	4
8.4.2 Alcohol use is accepted in my community	1	2	3	4
8.4.3 I drink because it is a habit	1	2	3	4
8.4.4 I drink because I want to be part of a group	1	2	3	4

### 8.5 Feelings

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
8.5.1 I drink when I am sad	1	2	3	4
8.5.2 A drink helps me when I am in a bad mood	1	2	3	4
8.5.3 I drink when I am angry	1	2	3	4
8.5.4 I drink when I am very excited or happy	1	2	3	4



**8.6 Social skills**

	<i>Never</i>	<i>Seldom</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
8.6.1 A drink helps me to communicate better	1	2	3	4
8.6.2 I cannot refuse when somebody offers me a drink	1	2	3	4
8.6.3 I can put my point across better, when I have a drink	1	2	3	4
8.6.4 I would rather drink than discuss a matter with someone from whom I disagree	1	2	3	4
8.6.5 I drink because I am bored	1	2	3	4
8.6.6 I drink to have a good time, socially	1	2	3	4
8.6.7 I drink to get more self-confidence	1	2	3	4

*Thank you for your co-operation and contribution.*

**EMPLOYMENT CATEGORIES****Administrative**

- Administrative clerks and head administrative clerks
- Administrative officials and senior administrative officials
- Assistant Directors
- Registration clerks
- Secretaries

**General**

- Artisans
- Assistants
- Catering staff and catering supervisors
- Chemist assistants
- Cleaners/general assistant
- Cooks
- Dark room operators
- Data typists
- Drivers
- Factotums
- Foremen
- Groundsmen
- Housekeepers
- Linen supervisors
- Messengers
- Operators
- Porters
- Security officers
- Telephone operators
- Typists

**Nursing**

- Nursing assistants
- Registered nurses
- Registered nursing assistants
- Staff nurses

**Professional**

- Chemists
- Communication officers
- Community Doctors
- Dieticians
- Interns
- Medical officers
- Medical superintendent
- Occupational therapist
- Physiotherapists
- Registrars
- Scientists
- Social workers
- Specialists
- Speech therapists

**Technical**

- Catering managers
- Radiographer
- Stockkeeper
- Supply admin clerk
- Technologist

## BYLAAG 3



**Perspektief**  
Opleidingskollege/Training College

Potchefstroom  
South Africa

☒ 20842, Noordbrug, 2522

Grietjiesstraat 7 Grietjie Street  
Dassierand,  
Potchefstroom, 2531

Tel: +27 (18) 297 3716

Fax: +27 (18) 297 4775

e-pos/e-mail:  
perspektief@lantic.net

Besoek ons webwerf:  
Visit our website:

[www.perspektief.co.za](http://www.perspektief.co.za)

### *Comprehensive Personal Functioning Inventory (CPFI)*

### *Omvattende Persoonlike Funksionering Inventaris (CPFI)*

### **Comprehensive Personal Assessment Omvattende Persoonlike Assessering**

### **Questionnaire / Vraelys**

*In order to ensure professional service of outstanding quality, this questionnaire is printed in blue on a white background. Should you suspect that you are given a pirate copy of the original form, please contact us at the above address. It is in your own interest to guard against copyright infringement of this nature*

Om professionele diens van hoogstaande gehalte te verseker, is hierdie vraelys oorspronklik in blou op wit papier gedruk. Indien u vermoed dat die vorm wat aan u voorsien is 'n roofkopie is, stel ons asseblief by bogenoemde adres in kennis. Dit is in u eie belang om wanpraktyke aan die lig te bring.

Reg. No.: 1992/0029890/23

Lede / Members:  
A C Faul & A J Hanekom

## Comprehensive Personal Assessment

### Comprehensive Personal Functioning Inventory (CPFI)

#### About your Personal Functioning Profile

##### Confidentiality

We want you to know that the personal information you share will remain just that, personal. Your confidentiality will be respected.

##### Purpose

The CPFI is designed to improve the quality of your life by evaluating your present functioning and making recommendations for the future. For the report to be accurate, all questions need to be answered to the best of your ability.

##### A few Suggestions

Grade yourself as quickly and as honestly possible. Do not speculate too long before you answer. This is not a test and there are no right or wrong answers. The first answer that comes to mind is usually the correct one.

##### Procedure

- A Mark the relevant number on the answer sheet, by using a pencil.
- B Print clearly in the boxes and fill in the corresponding ovals.
- C Check to be sure you have answered every question.

##### Example



*I am full of life.*

Ek is vol lewe.

If your answer is **often**, shade 4.

① ② ③ ④ ⑤

Perspektief Training College, PO Box 20842, Noordbrug 2522

Tel +27 18 297 3716, Fax +27 18 297 4775

E-mail [perspektief@lantic.net](mailto:perspektief@lantic.net)

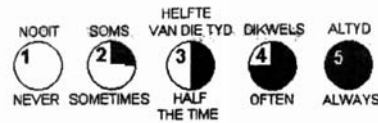
## ***Comprehensive Personal Functioning Inventory*** **Questionnaire**

**Complete this section with regard to your personal functioning. Mark the relevant item on the answer sheet, using the following numerical scale:**



Voltooi hierdie afdeling met betrekking tot jou persoonlike funksionering. Merk die betrokke item op die antwoordblad deur die bostaande skaal te gebruik:

I do my work with enthusiasm.	1.	Ek doen my werk met entoesiasme.
I act calmly despite unpleasant events.	2.	Ek tree kalm op ten spyte van slegte gebeure.
I create a depressing atmosphere around me.	3.	Ek skep 'n neerdrukkende atmosfeer rondom my.
I feel rejected.	4.	Ek voel verwerp.
I believe that people have good intentions.	5.	Ek glo mense het goeie bedoelings.
I maintain the belief that things will turn out fine.	6.	Ek behou geloof dat dinge goed sal afloop.
I act in a tense way.	7.	Ek tree gespanne op.
I feel frustrated.	8.	Ek voel gefrustreerd.
I have willpower.	9.	Ek het wilskrag.
I get head and/or other aches as a result of tension.	10.	Ek kry hoof- en/of ander pyne as gevolg van spanning.
I accept my circumstances.	11.	Ek aanvaar my omstandighede.
I am hopeful about my future.	12.	Ek is hoopvol oor my toekoms.
I feel as tense as a tightly coiled spring.	13.	Ek voel so gespanne soos 'n opgewende veer.
I show my distress to others.	14.	Ek wys my kommer aan ander.
I have stopped laughing.	15.	Ek het opgehou om te lag.
I feel life is unfair.	16.	Ek voel die lewe is onregverdig.
I avoid people.	17.	Ek vermy mense.
I support others.	18.	Ek ondersteun ander.
I feel people demand too much from me.	19.	Ek voel daar word te veel eise aan my gestel.
My circumstances make me feel uncertain.	20.	My omstandighede laat my onseker voel.
I take action to solve my problems.	21.	Ek neem aksie om my probleme op te los.
I feel panicky.	22.	Ek voel paniekerig.
I find it difficult to get started.	23.	Ek neem tyd om aan die gang te kom.
I find it difficult to keep up the pace.	24.	Dit is vir my moeilik om die pas vol te hou.
I feel powerless to do anything about my circumstances.	25.	Ek voel magteloos om iets aan my omstandighede te doen.



I act in a listless way.	26.	Ek tree sonder energie op.
I feel satisfied with the standard of my life.	27.	Ek voel tevrede met die standaard van my lewe.
I act without any purpose.	28.	Ek tree doelloos op.
I become entangled in arguments.	29.	Ek raak in argumente betrokke.
I am afraid people will reject me.	30.	Ek is bang mense verwerp my.
I act in a protective way towards others.	31.	Ek tree beskermend op teenoor ander.
I tell others that they are to blame.	32.	Ek sê vir ander dit is hulle skuld.
I take control of my problems.	33.	Ek neem beheer van my probleme.
I act panicky when I experience stress.	34.	Ek tree paniekerig op wanneer ek spanning ervaar.
I create an unpleasant atmosphere when I feel frustrated.	35.	Ek maak die atmosfeer onaangenaam wanneer ek gefrustreerd voel.
Feelings of guilt control my life.	36.	Skuldgevoelens beheer my lewe.
I show my frustrations to others.	37.	Ek wys my frustrasies aan ander.
I feel good about the course my life is taking at present.	38.	Ek voel goed oor die huidige verloop van my lewe.
I am downhearted.	39.	Ek is terneergedruk.
I feel guilty.	40.	Ek voel skuldig.
I feel irritated.	41.	Ek voel geïrriteerd.
I get what I want by making others feel too threatened to oppose me.	42.	Ek kry my sin deur ander mense bang te maak.
I socialise with others.	43.	Ek verkeer sosiaal met ander.
I feel cheerful.	44.	Ek voel opgewek.
I am afraid that I will be hurt emotionally.	45.	Ek is bang ek gaan emosioneel seerkry.
I become embittered.	46.	Ek raak verbitterd.
I only do the minimum.	47.	Ek doen net die minimum.
I feel angry.	48.	Ek voel kwaad.
I feel ashamed of myself.	49.	Ek voel skaam vir myself.
I act disordered when I experience stress.	50.	Ek tree verward op wanneer ek spanning ervaar.
I encourage others because things will turn out well.	51.	Ek praat ander moed in want alles sal goed gaan.
I manage life with a smile.	52.	Ek hanteer die lewe met 'n glimlag.
I am goal oriented.	53.	Ek is doelgerig.
It is important to me to work hard.	54.	Dit is belangrik vir my om hard te werk.



I feel satisfied with my present accomplishments.	55.	Ek voel tevrede met dit wat ek tans bereik.
People can see from my actions that I am afraid.	56.	Mense kan uit my optrede sien dat ek bang is.
I feel prevented from reaching my objectives.	57.	Ek voel verhinder om my doelwitte te bereik.
I act in a friendly way.	58.	Ek tree vriendelik op.
I feel secure within my circumstances.	59.	Ek voel veilig binne my omstandighede.
I feel special.	60.	Ek voel spesiaal.
I achieve little.	61.	Ek bereik min.
I act unproductively.	62.	Ek tree onproduktief op.
I feel down-in-the-dumps.	63.	Ek voel swaarmoedig.
I feel I am a hopeless person.	64.	Ek voel ek is 'n hopelose mens.
I complete that which I set out to do.	65.	Ek maak klaar met dit waarmee ek begin.
I hurt others feelings before they can hurt me.	66.	Ek maak ander se gevoelens seer voor hulle dit dalk aan my doen.
I behave in a nervous manner.	67.	Ek tree senuagtig op.
I enjoy my relationships.	68.	Ek geniet my verhoudings.
I plan events in such a way that life is a joy to me.	69.	Ek beplan die lewe só, dat ek dit geniet.
I manage life from a negative point of view.	70.	Ek hanteer die lewe vanuit 'n negatiewe ingesteldheid.
I communicate my dissatisfaction to others.	71.	Ek kommunikeer my ontevreedenheid aan ander.
I am successful.	72.	Ek is suksesvol.
I act without enthusiasm.	73.	Ek tree sonder entoesiasme op.
I keep calm by remaining positive.	74.	Ek behou kalmte deur positief te bly.
I take initiative when things need to be done.	75.	Ek neem inisiatief wanneer dinge gedoen moet word.
Stress gives me muscular tension.	76.	My spiere trek saam as gevolg van spanning.
I feel overstressed.	77.	Ek voel oorspanne.
I feel I deserve punishment.	78.	Ek voel ek verdien straf.
Everything is my fault.	79.	Alles is my skuld.
My behaviour towards others shows that I have faith in them.	80.	My gedrag teenoor ander wys dat ek in hulle glo.
I act with uncertainty.	81.	Ek tree onseker op.
I become worried.	82.	Ek bekommer my.
I have a high energy level.	83.	Ek het dryfkrag.



I feel let down.	84.	Ek voel in die steek gelaat.
I am satisfied with my relationships.	85.	Ek is tevrede met my verhoudings.
My life seems without purpose.	86.	My lewe voel doelloos.
I focus on the positive elements in others.	87.	Ek fokus op die positiewe in mense.
It is important to me to encourage others.	88.	Dit is vir my belangrik om ander aan te moedig.
I have a quick temper.	89.	Ek het 'n vinnige humeur.
I feel washed out.	90.	Ek voel uitgebrand.
It is important to me to reach my planned objectives.	91.	Dit is vir my belangrik om my beplande doelwitte te bereik.
I feel like a failure.	92.	Ek voel soos 'n mislukking.
I feel impatient.	93.	Ek voel ongeduldig.
I am motivated.	94.	Ek is gemotiveerd.
I act cheerfully.	95.	Ek tree opgewek op.
I feel close to breaking point.	96.	Ek voel naby aan breekpunt.
I experience peace of mind in my circumstances.	97.	Ek het gemoedsrus oor my omstandighede.
I work on too many things at the same time.	98.	Ek werk aan te veel goed op dieselfde tyd.
I feel people misunderstand me.	99.	Ek voel ander verstaan my verkeerd.
I feel unimportant.	100.	Ek voel onbelangrik.
I am effective in what I do.	101.	Ek is effektief in wat ek doen.
I feel happy.	102.	Ek voel gelukkig.
I act in an unfriendly way when I feel frustrated.	103.	Ek tree onvriendelik op wanneer ek gefrustreerd voel.
I find it difficult to accept myself.	104.	Ek sukkel om myself te aanvaar.
I help others to be successful.	105.	Ek help ander om suksesvol te wees.
I do things properly.	106.	Ek doen dinge deeglik.
I feel overburdened.	107.	Ek voel oorlaai.
It is important to me to improve on previous attempts.	108.	Dit is vir my belangrik om te verbeter op vorige pogings.
I blame myself.	109.	Ek veroordeel myself.
I feel everyone is against me.	110.	Ek voel almal is teen my.
I improve on previous attempts.	111.	Ek verbeter op my vorige pogings.
I feel respected.	112.	Ek voel ek word gerespekteer.
I feel depressed.	113.	Ek voel depressief.





I am afraid to fail.	114.	Ek is bang om te misluk.
I take time to relax.	115.	Ek maak tyd om te ontspan.
I work hard.	116.	Ek werk hard.
I am afraid of the future.	117.	Ek is bang vir die toekoms.
I feel threatened by my current circumstances.	118.	Ek voel bedreig deur my huidige omstandighede.
I take control over my circumstances.	119.	Ek neem beheer van my omstandighede.
I criticize others.	120.	Ek kritiseer ander.
I am enthusiastic about what I do.	121.	Ek is entoesiasies oor wat ek doen.
I scare people through my actions.	122.	Ek maak mense bang vir my deur my optrede.
I show others that I care for them.	123.	Ek reik uit na mense.
I experience life as meaningless.	124.	Ek beleef die lewe as sinloos.
I create solutions by acting positively in difficult circumstances.	125.	Ek skep oplossings deur positief te reageer op moeilike omstandighede.
I feel that there is too much pressure on me.	126.	Ek voel daar is te veel druk op my.
I am optimistic about my future.	127.	Ek is optimisties oor my toekoms.
I feel nervous.	128.	Ek voel senuagtig.
I act with ease in my relationships.	129.	Ek tree met gemak binne my verhoudings op.
I believe that things will turn out favourably.	130.	Ek glo dat dit met my sal goed gaan.
I look forward to the future.	131.	Ek sien uit na die toekoms.
I adapt to bad things that happen to me in a positive way.	132.	Ek verwerk die slegte dinge wat met my gebeur op 'n positiewe manier.
I spend time on hobbies.	133.	Ek spandeer tyd aan stokperdjies.
I do the things that I enjoy.	134.	Ek doen dinge wat vir my lekker is.
I wish I could just run away from it all.	135.	Ek wens ek kan van alles af weghardloop.
I have perseverance.	136.	Ek het uithou vermoë
I communicate positive feelings towards others.	137.	Ek kommunikeer positiewe gevoelens aan ander.
I accept blame for things that go wrong.	138.	Ek aanvaar die skuld vir dinge wat verkeerd loop.
I feel like giving up.	139.	Ek voel lus om moed op te gee.
I behave in a disorganized manner.	140.	Ek tree ongeorganiseerd op.
I feel worthless.	141.	Ek voel nikswerd.
I feel like a failure.	142.	Ek voel soos 'n mislukking
I act calmly because all will be well.	143.	Ek tree rustig op want alles sal goed gaan.





I feel joyful.	144.	Ek voel vrolik.
I become scared.	145.	Ek raak bang.
I feel lonely.	146.	Ek voel eensaam.
I refrain from participating in activities.	147.	Ek weerhou my van enige deelname aan iets.
I lose self-control when I become angry.	148.	Ek verloor beheer oor myself wanneer ek kwaad word.
I am at ease in my relationships with others.	149.	Ek is gemaklik in my verhoudings met ander.
I forgive myself for the mistakes I make.	150.	Ek vergewe myself vir foute wat ek maak.
I am friendly.	151.	Ek is vriendelik.
I listen to others when they talk about their problems.	152.	Ek luister na ander se probleme.
I want to be busy with something.	153.	Ek wil besig bly.
I act moodily.	154.	Ek tree buierig op.
I focus on the positive elements in my circumstances.	155.	Ek fokus op die positiewe in my omstandighede.
My life seems to have limited expectations.	156.	My lewe voel uitsigloos.
I keep on working until I am satisfied.	157.	Ek hou aan werk totdat ek tevrede is.
I live with self-reproach.	158.	Ek leef met selfverwyf.

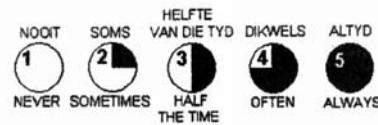
### Relationship with Friends / Verhouding met Vriende

My friends and I do things together.	159.	Ek en my vriende doen dinge saam.
I can be honest with my friends.	160.	Ek kan eerlik wees met my vriende.
My friends hate me.	161.	My vriende haat my.
My friends talk behind my back.	162.	My vriende skinder van my.
My friends let me do things I hate.	163.	My vriende laat my dinge doen wat ek haat.
I share my secrets with my friends.	164.	Ek deel my geheime met my vriende.
My friends let me down.	165.	My vriende laat my in die steek.

### Relationship with Family / Verhouding met Gesin

Complete this scale if you are part of a family / Voltooi hierdie skaal indien jy deel van 'n gesin is.

I share my feelings with my family members.	166.	Ek deel my gevoelens met my gesinslede.
I receive guidelines from my family members.	167.	Ek ontvang leiding van my gesinslede.
Our family spends time together.	168.	Ons gesin bring saam tyd deur.
I can be honest with my family members.	169.	Ek kan eerlik wees met my gesinslede.



My family bails me out of trouble.	170.	My gesin help my wanneer ek in die moeilikheid is.
I share my secrets with my family members.	171.	Ek deel my geheime met my gesinslede.

### Relationship with Mother (Stepmother) / Verhouding met Ma (Stiefma)

I share my secrets with my mother/stepmother.	172.	Ek deel my geheime met my ma/stiefma.
My mother/stepmother and I do things together.	173.	Ek en my ma/stiefma doen dinge saam.
I spend time with my mother/stepmother.	174.	Ek bring tyd saam met my ma/stiefma deur.
My mother/stepmother and I have fun together.	175.	Ek en my ma/stiefma het 'n lekker tyd saam.
I share my feelings with my mother/stepmother.	176.	Ek deel my gevoelens met my ma/stiefma.
I am proud of my mother/stepmother.	177.	Ek is trots op my ma/stiefma.
My mother/stepmother frustrates me.	178.	My ma/stiefma frustreer my.
I am ashamed of my mother/stepmother.	179.	Ek skaam my vir my ma/stiefma.

### Relationship with Father (Stepfather) / Verhouding met Pa (Stiefpa)

My father/stepfather and I do things together.	180.	Ek en my pa/stiefpa doen dinge saam.
I spend time with my father/stepfather.	181.	Ek bring tyd saam met my pa/stiefpa deur.
I share my secrets with my father/stepfather.	182.	Ek deel my geheime met my pa/stiefpa.
I share my feelings with my father/stepfather.	183.	Ek deel my gevoelens met my pa/stiefpa.
My father/stepfather and I have fun together.	184.	Ek en my pa/stiefpa het 'n lekker tyd saam.
I am proud of my father/stepfather.	185.	Ek is trots op my pa/stiefpa.
My father/stepfather frustrates me.	186.	My pa/stiefpa frustreer my.
I am ashamed of my father/stepfather.	187.	Ek skaam my vir my pa/stiefpa.

### Relationship with Colleagues / Verhouding met Kollegas

I have a good relationship with the people that work with me.	188.	Ek het 'n goeie verhouding met die mense met wie ek saamwerk.
I get along with the people that work with me.	189.	Ek werk goed saam met my kollegas.
The people I work with make me feel part of the team.	190.	Die mense met wie ek saamwerk laat my deel van die span voel.
I trust the people that work with me.	191.	Ek vertrou die mense met wie ek saamwerk.
I like the people that work with me.	192.	Ek hou van die mense met wie ek saamwerk.
The people I work with treat me with respect.	193.	Die mense met wie ek saamwerk behandel my met respek.
The people I work with understand me.	194.	My kollegas verstaan my.



### Relationship with Partner / Verhouding met Maat

*Complete this scale if you are in a romantic relationship with someone / Voltooi hierdie skaal indien jy in 'n romantiese verhouding met iemand staan:*

My partner and I have fun together.	195.	Ek en my maat het 'n lekker tyd saam.
I share my secrets with my partner.	196.	Ek deel my geheime met my maat.
I can be honest with my partner.	197.	Ek kan eerlik wees met my maat.
I share my feelings with my partner.	198.	Ek deel my gevoelens met my maat.
My partner and I do things together.	199.	Ek en my maat doen dinge saam.
I spend time with my partner.	200.	Ek bring tyd saam met my maat deur.
My partner and I are happy together.	201.	Ek en my maat is gelukkig saam.
My partner and I really love each other.	202.	Ek en my maat is werklik lief vir mekaar.

### Relationship with Children / Verhouding met Kinders

*Complete this scale if you have children. Complete this scale either with regard to your children in general, or with regard to the child you have the worst relationship with / Voltooi hierdie skaal indien jy kinders het. Voltooi die skaal met betrekking tot jou kinders in die algemeen, of met betrekking tot die kind met wie jy die slegste verhouding het.*

My children frustrate me.	203.	My kinders frustreer my.
I feel ashamed of my children.	204.	Ek skaam my vir my kinders.
My children irritate me.	205.	My kinders irriteer my.
I neglect my children.	206.	Ek verwaarloos my kinders.
My children are too demanding.	207.	My kinders is te veeleisend.

## BYLAAG 4

### VRAELYS: LEWENSWAARDIGHEDE

#### 1. Alkoholgebruik.

- 1.1. Gebruik u enige alkohol? (Merk die toepaslike blokkie met X).

Ja 1	Nee 2
---------	----------

Indien **NEE**, spring na vraag 2

Indien **JA**:

- 1.2 Op hoeveel dae gedurende die afgelope dertig dae, het u alkohol gebruik? .....dae
- 1.3 Wanneer u alkohol gebruik, hoeveel drankies drink u normaalweg per geleentheid? .....drankies.  
(Een drankie = 1 glas wyn (150 ml), 1 klein bier (450 ml) of een sopie sterk drank (25 ml).
- 1.4 By hoeveel geleenthede gedurende die afgelope dertig dae het u 5 of meer drankies gedrink?  
..... geleenthede.

#### 2. Kennis van matige alkoholgebruik.

**Voltooi asb die volgende:** Indien 'n persoon wel alkohol gebruik, behoort

- 2.1 Mans nie meer as ..... drankies per dag te drink nie.
- 2.2 Vroue nie meer as ..... drankies per dag te drink nie.
- 2.3 Noem 3 kategorieë van persone wat glad nie behoort te drink nie.
- 2.3.1.....
- 2.3.2.....
- 2.3.3.....

#### 3. Houding teenoor matige gebruik.

	<i>Baie</i>	<i>Redelik</i>	<i>Min</i>	<i>Glad nie</i>
3.1 Is die matige gebruik van alkohol, (d.w.s. waar 'n man nie meer as drie drankies en 'n vrou nie meer as twee drankies per dag gebruik nie), vir u aanvaarbaar?	1	2	3	4
3.2 Is matige alkoholgebruik 'n realistiese doelstelling vir mense in u gemeenskap?	1	2	3	4
3.3 Is geheelonthouding (om glad nie te drink nie) beter as matige alkoholgebruik?	1	2	3	4

## BYLAAG 5

### QUESTIONNAIRE: LIFE SKILLS

#### 1. Alcohol use.

1.2. Do you drink any alcohol? (Mark the appropriate box with X).

Yes 1	No 2
----------	---------

If 'NO', continue to question 2.

If 'YES':

1.2 On how many days during the past 30 days have you used alcohol ? .....days.

1.3 When you drink alcohol, how many drinks do you normally have on one occasion?  
..... drinks.

(One drink = 1 glass of wine (150 ml), 1 small beer (450 ml) or one tot of strong liquer (25 ml)

1.4 On how many occasions during the past 30 days, have you had more than 5 drinks?..... occasions.

#### 2. Knowledge of moderate alcohol use.

Please complete the following: If a person drinks alcohol

2.1 Men should not drink more than ..... drinks per day.

2.2 Women should not drink more than ..... drinks per day.

2.3 Name three types of people who, in your opinion, should not drink at all.

2.3.1.....

2.3.2.....

2.3.3.....

#### 4. Attitude towards moderate alcohol use.

	<i>Very</i>	<i>Quite</i>	<i>Little</i>	<i>Not at all</i>
3.1 In your opinion, is the moderate use of alcohol, i.e.where a man has no more than three drinks per day and a woman no more than two drinks per day acceptable?	1	2	3	4
3.2 Is moderate drinking a realistic aim for people in your community?	1	2	3	4
3.3 Is abstinence better than moderate drinking?	1	2	3	4

## BYLAAG 6

### TOESTEMMINGSDOKUMENT

#### Navorsingsprojek: Evaluering van 'n lewensverrykingsprogram vir werknemers van Tygerberg-hospitaal.

Ek, die ondergetekende,.....

Bevestig dat:

1. Ek uitgenooi is om deel te neem aan bogemelde navorsingsprojek wat deur die Personeelondersteuningseenheid van Tygerberg-hospitaal onderneem word.
2. Daar aan my verduidelik is dat:
  - 2.1 Die doel van die projek is om 'n lewensverrykingsprogram aan personeel aan te bied en die effek van die program op personeel se psigo-sosiale funksionering te meet. Daar sal ook gemeet word of die program 'n effek het op personeel se houding teenoor en gebruik van alkohol.
  - 2.2 Daar van 'n eksperimentele groep en kontrole groep gebruik gemaak sal word. Die eksperimentele groep sal 'n voor-toets en na-toets aflê en agt groepsessies bywoon. Die kontrole-groep sal slegs die voor-en na-toets aflê.
  - 2.3 Moontlike voordele vir deelnemers sal wees dat hulle persoonlike groei sal ervaar en dat dit vir hulle 'n verrykende ervaring sal wees.
  - 2.4 Vertroulikheid gehandhaaf sal word en dat die navorsing wel gepubliseer mag word, maar dat geen name bekend gemaak sal word nie.
  - 2.5 Ek na afhandeling van die projek inligting i.v.m. die bevindinge kan bekom van die navorser.
  - 2.6 Ek mag weier om deel te neem aan hierdie projek.
  - 2.7 Deelname aan die projek geen koste vir my inhou nie.
3. Ek stem hiermee vrywillig in om deel te neem aan die bogemelde projek.

Geteken/ bevestig te .....op.....

.....  
Personeellid

## BYLAAG 7

### FORM OF CONSENT

#### Research project: Evaluation of life skills programme for employees of Tygerberg Hospital

I, the undersigned,.....

**confirm that:**

1. I was invited to take part in the above mentioned research project that is being conducted by the Staff Support unit of the Tygerberg-hospital.
2. It has been explained to me that:
  - 2.1 The purpose of the study is to present a life skills programme to employees of Tygerberg-hospital and to evaluate the programme. The effect of the programme on alcohol use will also be measured.
  - 2.2 The study design will make use of an experimental and control group. The experimental group will attend eight sessions and will complete a pre-test and a post-test. The control group will only complete the pre-test and the post-test.
  - 2.3 Possible advantages to participants will be that they will experience personal growth and that it will be an enriching experience.
  - 2.4 The collected information will be treated as confidential. The findings will be published, but no names of any participants will be mentioned.
  - 2.5 I can obtain information from the researcher after the project has been concluded.
  - 2.6 I have been informed of my right to refuse participation.
  - 2.7 No extra cost will be charged for participation in the project.
3. I hereby agree voluntarily to participate in the above mentioned study.

Signed at.....on.....

.....  
Employee.

## BYLAAG 8

### TOESIGHOUEROPLEIDING

### EVALUERING

**1. Merk vyf stappe met 'n ✓ wat u sal volg wanneer u 'n werknemer met probleme na die Personeelondersteuningseenheid wil verwys.**

1.	Ignoreer die probleem.	
2.	Identifiseer die werknemer met probleme.	
3.	Spreek die werknemer skerp aan.	
4.	Vra telkens beter samewerking van die werknemer.	
5.	Hou skriftelike rekord van werksverrigting en negatiewe insidente.	
6.	Dreig die werknemer met dissiplinêre optrede.	
7.	Konfronteer die werknemer op 'n simpatieke wyse.	
8.	Raak kwaad vir die werknemer.	
9.	Beskerm die werknemer sodat ander mense nie van die probleem hoor nie.	
10.	Bied die werknemer hulp aan.	
11.	Volg op om te verseker dat werksprestasie verbeter.	

**2. Hoe gemaklik voel u daarmee om 'n werknemer met probleme te hanteer?**

Baie ongemaklik	Ongemaklik	Redelik gemaklik	Gemaklik	Baie gemaklik
--------------------	------------	---------------------	----------	------------------

#### Opmerkings

.....

.....

.....

.....



**3. In hoe 'n mate het u kennis oor die hantering van werknemers verbeter?**

Geen verbetering	Min verbetering	Matige verbetering	Taamlik baie verbetering	Baie verbetering
------------------	-----------------	--------------------	--------------------------	------------------

**Opmerkings:**

.....

.....

.....

.....

.....

**4. In hoe 'n mate het u die sessie sinvol gevind?**

Glad nie sinvol	Min sinvol	Redelik sinvol	Sinvol	Baie sinvol
-----------------	------------	----------------	--------	-------------

**Opmerkings:**

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Hoe het u die aanbieding van die sessie gevind?**

Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed
-----------	------	---------	------	-----------

**Opmerkings:**

.....

.....

.....

.....

.....

## **BYLAAG 9**

### **TYGERBERG HOSPITAAL KONSEP-SUBSTANSMISBRUIKBELEID**

#### **MISBRUIK VAN GEWOONTEVORMENDE MIDDELS DEUR LEDE VAN DIE PERSONEEL**

#### **1. INLEIDING**

Die misbruik van alkohol of ander substansie deur personeellede het nadelige gevolge vir die hospitaal en die betrokke werknemer. Dit lei tot lae moraal, swak prestasie, afwesigheid van werk, swak interpersoonlike verhoudinge, swak gesondheid, finansiële probleme en werksongelukke. Die veiligheid van die werksplek kan bedreig word indien personeellede onder die invloed van substansie is.

Die doel van hierdie beleid is om reëls neer te lê t.o.v. die gebruik van substansie in die werksplek en om die dissiplinêre optrede uiteen te sit in gevalle waar die reëls oortree word. Die hospitaal is bewus van sy verantwoordelikheid teenoor afhanklike persone en maak in die beleid ook voorsiening vir hulpverlening. Vrywillige hulpverlening, voordat dissiplinêre aksies nodig is, en voorkoming en opleiding sal hoë prioriteit geniet in die hospitaal.

#### **2. REËLS :**

- 2.1 Dit word as 'n baie ernstige oortreding beskou wanneer 'n beampte op hospitaalgronde of in die werksplek onder die invloed van alkohol of ander gewoontevormende middels verkeer, dit gebruik of in besit daarvan is.
- 2.2 Alkohol of ander gewoontevormende middels mag nie in die werksplek verkoop of verskaf word nie.
- 2.3 Die bestuur van 'n staatvoertuig onder die invloed van alkohol of 'n ander gewoontevormende middel is 'n ernstige oortreding.
- 2.4 Alkohol mag nie by amptelike funksies op hospitaalgronde bedien word, sonder die toestemming van die Hoof Uitvoerende Beampte nie. Indien toestemming verkry is om alkoholiese drankies te bedien, moet voorsiening ook gemaak word vir nie-alkoholiese drankies.
- 2.5 In terme van die AAR Regulasie 10 van die Wet op Beroepsgesondheid en Veiligheid, mag personeellede wat, terwyl hulle aan diens is, onder die invloed van alkohol of ander gewoontevormende middels verkeer, nie toegelaat word om hul diens voort te sit nie en moet huis toe gestuur word deur hul toesighouer. Dit is onaanvaarbaar vir werknemers wat in direkte kontak met pasiënte of die publiek is, om na alkohol te ruik. Werknemers sal nie geregtig wees op betaling vir die tydperk dat hulle nie hulle verpligtinge kon nakom nie.

#### **3. DISSIPLINÊRE OPTREDE:**

Dissiplinêre stappe wat kan lei tot diensbeëindiging kan geneem word ten opsigte van oortredings van die reëls wat beskryf is in paragraaf 2. Die omstandighede van eike spesifieke saak sal bepaal watter dissiplinêre stappe geneem gaan word.

- 3.1 Indien vermoed word dat 'n werknemer onder die invloed van alkohol is, moet die betrokke werknemer na 'n private area geneem word, waar geen lede van die publiek toegang het nie. Die toesighouer en 'n onafhanklike getuie moet besluit of daar tekens teenwoordig is dat die persoon onder die invloed van 'n substans is. Die vraelys wat as addendum 1 aangeheg is, kan gebruik word om die waarnemings te doen.
- 3.2 'n Volledige geskrewe verklaring moet onmiddelik geteken word deur almal wat by die waarneming betrokke was. Die bogenoemde waarnemings is voldoende bewys om 'n persoon skuldig te bevind tydens 'n dissiplinêre verhoor. 'n Waarneming behoort nooit deur slegs een persoon gedoen te word nie. 'n Senior persoon behoort teenwoordig te wees.
- 3.3 'n Werknemer kan nie gedwing word om 'n bloedtoets, urine toets of 'n *breathalyser* toets te ondergaan nie, behalwe in gevalle waar 'n staatsvoertuig betrokke is. In sulke gevalle kan die Suid-Afrikaanse Polisie diens gekontak word om behulpsaam te wees. Werknemers kan wel die toets vrywillig ondergaan, en moet in sulke gevalle skriftelike toestemming teken. Die doel van die toets sal in die eerste plek wees om die werknemer se onskuld te bewys. 'n Positiewe uitslag kan egter ook gebruik word om die vermoede dat die werknemer onder die invloed is, te substansieer.
- 3.4 Werknemers wat onder die invloed van alkohol of ander substansie is, sal nie toegelaat word om sy diens voort te sit nie en moet deur die toesighouer huis toe gestuur word.
- 3.5 Indien die werknemer nie met veiligheid van openbare vervoer gebruik kan maak nie, omdat hy onder die invloed van alkohol is, kan hy toegelaat word om in 'n kamer, soos bepaal deur die hoof van die departement, te slaap. Die verpleegdiensbestuurder moet na-ure gekontak word in verband met die vind van 'n kamer vir die werknemer om in te herstel. As alternatief, kan die werknemer deur 'n kollega huis toe vergesel word. Die werknemer sal nie geregtig wees op betaling indien hy huis toe gestuur word nie.
- 3.6 Indien 'n werknemer op heterdaad betrap word dat hy alkohol drink of 'n ander gewoontevormende middel gebruik, moet die bottel/middel gekonfiskeer en weggesluit word as getuie gedurende 'n dissiplinêre ondersoek, voortspruitend uit hierdie insident.
- 3.7 Sekuriteit moet slegs gekontak word, indien die werknemer oproerig is, 'n gevaar vir homself of ander is, of indien hospitaaleiendom beskadig word.
- 3.8 Dissiplinêre optrede moet so gou moontlik nadat die werknemer in 'n nugter toestand teruggekeer het, geneem word.
- 3.9 Indien daar 'n afname is in 'n persoon se werkverrigting, en daar 'n vermoede bestaan dat die persoon gewoontevormende middels gebruik, moet 'n beradingsonderhoud, wat gedokumenteer word, gehou word. Die werknemer moet gedurende die onderhoud aangemoedig word om 'n verwysing na die personeelondersteuningseenheid te aanvaar.
- 3.10 Indien daar geen verbetering is na die oorspronklike onderhoud nie, moet dissiplinêre stappe oorweeg word vir onvoldoende werkverrigting of ander werksverwante probleme, bv. laatkom vir werk of afwesigheid van werk. 'n Aanbod om verwys te word vir berading moet weer gemaak word en die werknemer moet vir 'n periode van

ses maande gemonitor word. Baie noukeurige toesighouding moet ten opsigte van die beampte toegepas word en 'n maandelikse werkverrigtingsverslag moet voltooi word. Verdere dissiplinêre stappe moet geneem word indien daar geen verbetering is nie, maar die geleentheid om vir berading verwys te word, moet deurlopend aangebied word.

- 3.11 Na berading of behandeling, is dit die toesighouer se verantwoordelikheid om die werknemer te monitor. Terugvalle moet dadelik gerapporteer word en die werknemer moet weer na die personeelondersteuningseenheid verwys word. Waar herhaalde terugvalle voorkom of indien die beampte nie sy samewerking gee nie, ten spyte van hulp wat aangebied is, sal die ongeskiktheid-prosedure of progressiewe dissiplinering gevolg word, afhangende van die omstandighede.

#### **4. BERADING EN HULPVERLENING**

- 4.1 Werknemers sal aangemoedig word om op vrywillige basis van die personeelondersteuningsdienste gebruik te maak. Self-verwysings moet konfidensieël hanteer word. Werknemers moet hulle toesighouers inlig dat hulle die personeelondersteuningseenheid besoek, indien dit binne werkure gebeur, maar geen verdere besonderhede moet bekend gemaak word nie.
- 4.2 Toesighouers moet ook aangemoedig word om werknemers op grond van onbevredigende werksprestasie, afwesigheid van werk, veral gedurende naweke, Maandae en Vrydae, buitensporige gebruik van siekverlof, werksongelukke en konflik met medewerkers te identifiseer en te verwys na die personeelondersteuningseenheid. Toesighouers sal eerstens 'n onderhoud voer met die werknemer waarin die werksprobleem bespreek word, en vervolgens aanbied dat die afspraak by die personeelondersteuningseenheid gemaak word. Die aanvaarding van die verwysing na die personeelondersteuningseenheid is vrywillig. Indien die werknemer nie van die geleentheid gebruik wil maak nie, moet dit so op die werknemer se lêer aangeteken word. Vroeë verwysing deur toesighouers, werknemerverenigings, familie, kollegas of die persoon self moet aangemoedig word aangesien meer sukses behaal word indien die probleem aandag geniet voordat erge afhanklikheid ingetree het.
- 4.3 Werknemers kan ook deur 'n dissiplinêre komitee na die personeelondersteuningseenheid verwys word, indien daar 'n alkoholverwante oortreding voorgekom het. Hierdie verwysing kan aangebied word in samehang met normale dissiplinêre optrede of dit kan dissiplinêre optrede voorafgaan. Werknemers mag soms afhanklikheid van substansie aanvoer as rede vir wangedrag gedurende 'n dissiplinêre verhoor. Die verantwoordelikheid berus by die werknemer om te bewys dat hy afhanklik is van 'n substansie. Indien vasgestel is dat die werknemer wel 'n afhanklikheidsprobleem het, moet dit skriftelik onder sy aandag gebring word dat hy dringend versoek word om behandeling/rehabilitasie te ondergaan. Die dissiplinêre proses kan uitgestel word om aan die werknemer die geleentheid te bied om behandeling te ondergaan. Indien hulp verleen is t.o.v. die afhanklikheidsprobleem en die werknemer daarna weer 'n substansie-verwante oortreding begaan, word die normale dissiplinêre prosedure gevolg.
- 4.4 In die geval van verwysings deur die toesighouer of die dissiplinêre komitee, moet konfidensialiteit steeds gehandhaaf word, met die verstandhouding dat die personeelondersteuningseenheid terugvoering sal gee oor:
- die beoogde behandelingsprogram

- die samewerking, al dan nie, van die werknemer
- die sukses van die intervensie

## **5. VERLOF MET DIE OOG OP BEHANDELING**

Spesiale verlof, met volle betaling sal aan 'n beampte toegestaan word met die oog op behandeling, vir 'n tydperk van nie langer as 42 aaneenlopende dae nie. Hierdie vergunning sal slegs eenmalig toegestaan word. Die vergunning is onderhewig aan die bevestiging van die betrokke mediese praktisyn van 'n erkende inrigting. Bewys van bywoning en voltooiing van die program moet voorgelê word. Indien 'n tydperk van langer as 42 dae benodig word, moet die redes vir die langer periode deur die mediese praktisyn voorsien word, en die formele rehabilitasie-program moet die aansoek vergesel. Die totale periode mag nie 'n tydperk van 90 aaneenlopende dae oorskrei nie.

## **6. VOORKOMING EN OPLEIDING**

Die Bestuur van die hospitaal en Werknemersverenigings ondersteun voorkomingsprogramme wat in die hospitaal aangebied word. Dit sluit die opleiding van toesighouers in die toepassing van die beleid in, asook inligtings-en opleidingsessies aan werknemers. Die inligting en opleidingsessies sal benut word om werknemers in te lig oor die substansmisbruikbeleid en om inligting te verskaf oor verantwoordelike alkoholgebruik, die gesondheid- en verslawings-risiko's van substansie, pad- en werksplek-veiligheid, vroeë tekens van afhanklikheid en bronne vir hulpverlening. Lewensvaardighedeopleiding as voorkomende maatreël word ook ondersteun.

## Addendum 1

## KONTROLE-LYS: ONDER DIE INVLOED VAN SUBSTANSE

**Merk sleg die items wat u as relevant beskou.**

1	RUIK NA ALKOHOL	JA	NEE
2	SPRAAK	SLEEPTONG	NORMAAL
3	VAS OP BENE	NEE	JA
4	ROOIHEID VAN Oë	JA	NEE
5	AGGRESSIEWE HOUDING	JA	NEE
6	ABNORMALE GEDRAG	JA	NEE
7	REAKSIE OP VRAE	MAAK NIE SIN	NORMAAL
8	STAP	SLINGER	NORMAAL
9	OOG-HAND KOORDINASIE	SWAK	NORMAAL
10	FOKUS VAN Oë	GEAFFEKTEER	NORMAAL
11	SKRYF	ONGEKOORDINEERD	NORMAAL
12	ALGEMENE GEDRAG	ONTWYKEND	NORMAAL
13	KAN NORMAAL VOORTGAAN MET WERK	NEE	JA

14. Enige ander opmerkings.....

.....

.....

.....

**Toetse: Breathalyser, Urine of Bloed (Indien van toepassing).**

1	GEWILLIG OM TOETS TE ONDERGAAN	NEE	JA
2	TOETS TOON AANWESIGHEID VAN SUBSTANSE AAN	JA	NEE

Deur wie en hoe is toets afgeneem:.....

.....

.....

**Name van ten minste twee getuies van toetse of waarnemings:**

Getuie 1.....

Getuie 2.....

**Handtekening van persoon wat toets afgeneem het.**

.....

Datum.....Tyd.....

**BYLAAG 10****TYGERBERG HOSPITAAL  
DRAFT SUBSTANCE ABUSE POLICY****SUBSTANCE ABUSE BY MEMBERS OF STAFF****1. INTRODUCTION**

The abuse of alcohol or other habit-forming substances has detrimental effects on the workplace and on employees. It leads to low morale, poor work performance, absence from work, strained interpersonal relationships, poor health, financial problems and accidents at work. The safety of the workplace is threatened by employees who are under the influence of substances.

The aim of this policy is to determine rules concerning the use of substances in the workplace and to describe the disciplinary procedure in cases where the rules are contravened. Die hospital is aware of its responsibility towards employees with substance abusing problems and therefore this policy also provides for treatment and rehabilitation. Voluntary treatment, before disciplinary action is needed, as well as prevention and education will be prioritized.

**2. RULES:**

- 2.1 Being under the influence of alcohol or other intoxicating substances on Hospital premises or using or being in possession of such substances on Hospital premises, is regarded as a serious offence.
- 2.2 Alcohol or other intoxicating substances may not be sold or offered to any other person in the workplace.
- 2.3 The driving of a government vehicle whilst under the influence of alcohol or another intoxicating substance is a serious offence.
- 2.4 No substances will be allowed at official functions which are held on Hospital premises unless prior permission has been obtained from the Chief Executive Officer. If alcoholic drinks are served, provision must also be made for the serving of non-alcoholic drinks.
- 2.5 In terms of GAR Regulation 10 of the Occupational Health and Safety Act, an employer shall not permit any person under the influence of liquor or drugs to enter the workplace or remain at the workplace. Staff members who are or appear to be under the influence of alcohol or other intoxicating substances will therefore not be allowed to enter or remain at the workplace and should be sent home by the supervisor. It is unacceptable for staff members who are in direct contact with patients or the public to smell of liquor. Staff members will not be entitled to payment for the period that they were unable to perform their duties.

### 3. DISCIPLINARY PROCEDURE

Disciplinary sanctions which can lead to the termination of employment may be taken against an employee who is guilty of transgressing the rules as described in paragraph 2. The circumstances of each individual case will determine the disciplinary action.

- 3.1 If a staff member is suspected of being under the influence of substances, the employee must be asked to go to a private area, where no members of the public are present. The supervisor and an independent witness must then decide whether any signs of intoxication are present: The checklist marked as *Appendix A* should be used to make and record the observations.
- 3.2 A detailed written statement should immediately be signed by all concerned. The above mentioned observations and proofs by colleagues are sufficient evidence to find a person guilty in a disciplinary enquiry. An observation should never be made on one's own; a senior person should be present.
- 3.3 An employee cannot be forced to undergo a blood test, a urine test or a breath-alyser test, except in cases where a state vehicle is involved. In such a case the SAPS can be contacted for the necessary tests. Employees can also be asked to undergo a test voluntarily and should sign consent in these cases. The aim of the test would primarily be to establish innocence. However a positive result can be used to support the assumption that the employee was under the influence of a substance.
- 3.4 Staff members who are or appear to be under the influence of alcohol or other intoxicating substances will not be allowed to enter or remain at the workplace and should be sent home by the supervisor.
- 3.5 If the staff member is too intoxicated to get home safely using public transport, he/she should be allowed to sleep off the effects in a room determined by the head of the relevant department. After hours, the nursing manager should be contacted to assist with finding a room in which the staff member can recover. Alternatively a colleague can accompany the staff member home.
- 3.6 If a staff member is caught drinking alcohol or using a substance, the bottle/substance must be confiscated and locked away as evidence in a disciplinary hearing stemming from this event.
- 3.7 Security should only be called in cases where the staff member is violent or unruly and assistance is needed with controlling the situation.
- 3.8 Disciplinary action must be taken as soon as possible, after the employee has returned in a sober state.
- 3.9 Where there is a decrease in work performance and a suspicion that an employee is abusing alcohol or other habit-forming substances, a counselling interview should be held. This interview must be documented. An offer of referral for treatment must be made during such an interview. Staff can be referred to the Staff Support Unit.
- 3.10 Should there be no improvement after the initial interview, a written communication letter should be issued for poor work performance or other work-related problems, e.g. time-keeping irregularities. The staff member should again be offered, in writing, referral to the Staff Support Unit. The staff member should be closely supervised and monitored for a period of six months. Progressive disciplinary



measures can be taken if the work performance does not improve. The offer of counselling and treatment should be made at each step.

- 3.11 After counselling or treatment for substance abuse, it is the responsibility of the supervisor to ensure that there is strict monitoring of the employee. Any relapse must be acted upon immediately and the employee shall again be referred to the Staff Support Unit. Where there are repeated relapses in spite of assistance being given, or where there is a refusal to co-operate, either the incapacity process or progressive discipline shall be applied, depending on the circumstances.

#### **4. COUNSELLING AND TREATMENT**

- 4.1 Employees will be encouraged to use the services of the Staff Support Unit on a voluntary basis. Self-referrals will be treated confidentially. Employees must inform their supervisors when they visit the Unit during working hours, but no other information will be disclosed.
- 4.2 Supervisors will also be encouraged to refer employees on the grounds of poor work performance, absence from work, especially during week ends, on Mondays and on Fridays, excessive use of sick leave, accidents at work and conflict with colleagues which may be substance abuse related. Supervisors must counsel the employee about the work problem and make the offer of a referral to the Staff Support Unit. Acceptance of the referral is voluntary. If the employee refuses the offer, it must be noted in his file. Early referrals by supervisors, unions, family, colleagues or the employee himself/herself must be encouraged as early treatment is more successful than treatment when the person is totally dependent.
- 4.3 Employees can also be referred by a disciplinary committee if a substance abuse related transgression has been committed. The referral may be made in addition to disciplinary measures or before disciplinary action is taken. An employee may sometimes make a plea of substance dependence during the course of a disciplinary meeting. The responsibility is on the employee to prove that he/she is indeed grappling with such a problem. If it is established that the employee concerned does indeed have a dependence problem, it must be brought to his attention, in writing, that he/she is urgently requested to undergo treatment or rehabilitation. The disciplinary process may be postponed to avail the employee of the opportunity to receive treatment. If assistance or support with regard to rehabilitation was offered and the employee thereafter again commits a substance-related offence, the normal disciplinary process is followed.
- 4.4 Where referrals are made by the supervisor or disciplinary committee, confidentiality will still be maintained, with the understanding that the Staff Support Unit will report about the following:
- The treatment programme
  - The cooperation or lack of cooperation of the employee
  - The success of the intervention.

#### **5. SPECIAL LEAVE FOR THE TREATMENT OF SUBSTANCE ABUSE**

Staff members may be granted special leave with full pay for the treatment of substance abuse once only, for a continuous period not exceeding 42 consecutive days. This is subject to the treatment programme being confirmed by the relevant medical practitioner at a

recognised institution offering rehabilitation services. Proof of attendance and completion of programme must be provided. If a longer period than 42 days is required, the reason for such absence must be certified by the medical practitioner and must be accompanied by a formal rehabilitation programme. The total period may not exceed 90 consecutive days.

## 6. PREVENTION AND EDUCATION

The Management of the Hospital and the Unions support the prevention programmes that are presented in the hospital. This includes the training of supervisors in the implementation of the policy as well as information and education sessions to introduce the policy to employees and to create awareness about responsible drinking, the health and addiction risks of substance abuse, road and workplace safety, early warning signs of dependency and information on resources to assist with problems related to substance abuse. Life skills courses are also supported as important preventative measures.

### Appendix 1

#### CHECKLIST: UNDER INFLUENCE OF ALCOHOL OR ANOTHER SUBSTANCE

##### MARK ONLY THOSE ITEMS WHICH YOU OBSERVE AS RELEVANT

1.	SMELL OF ALCOHOL	YES	NO
2.	SPEECH	SLURRED	NORMAL
3.	STEADINESS ON FEET	UNSTEADY	STEADY
4.	REDNESS OF EYES	YES	NO
5.	AGGRESSIVE ATTITUDE	YES	NO
6.	ABNORMAL BEHAVIOUR	YES	NO
7.	REACTION TO QUESTIONS	UNINTELLIGIBLE	NORMAL
8.	WALK	UNSTEADY	NORMAL
9.	EYE HAND CO-ORDINATION	POOR	NORMAL
10.	EYE FOCUS	AFFECTED	NORMAL
11.	WRITING	UNCOORDINATED	NORMAL
12.	GENERAL BEHAVIOUR	EVASIVE	NORMAL
13.	ABLE TO WORK NORMALLY	NO	YES

14. Any other comments.....

.....

.....

.....

##### BREATHALYSER, URINE OR BLOOD TESTS (IF APPLICABLE)

1.	WILLING TO TAKE TEST	NO	YES
2.	TEST SHOWS SUBSTANCES	YES	NO

Describe by whom and how test was administered.

.....

.....

.....

##### Names of at least two independent witnesses to tests or observations:

Witness 1. .... Witness 2. ....

Signature of tester.....

Date..... Time.....